

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 412

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul FLANDRIN

Interne des hôpitaux de Paris

COMPLICATIONS

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

ET

SÉQUELLES DE L'APPENDICECTOMIE

Président : M. A. GOSSET, professeur

PARIS

LIBRAIRIE OCTAVE DOIN

GASTON DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1922

Tous droits réservés

21A

412

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

81A

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul FLANDRIN

Interne des hôpitaux de Paris

COMPLICATIONS

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

ET

SÉQUELLES DE L'APPENDICECTOMIE



Président : M. A. GOSSET, professeur

PARIS

LIBRAIRIE OCTAVE DOIN

GASTON DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1922

Tous droits réservés

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARGEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR ERNEST FLANDRIN

Médecin-major de 1^{re} classe en retraite des troupes coloniales
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON BEAU-PÈRE

LE PROFESSEUR FÉLIX LAGRANGE

Professeur de Clinique ophtalmologique
A la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chirurgien de l'hôpital Saint-André
Membre associé national de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
A la Faculté de Médecine
Chirurgien de la Salpêtrière
Commandeur de la Légion d'honneur
Décoré de la Croix de guerre

*En témoignage de ma très respectueuse
reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

- 1909-1910. M. le Professeur agrégé AUVRAY.
1910-1911. M. le Professeur agrégé OMBRÉDANNE.
1911-1912. M. le Docteur BÉCLÈRE.
— M. le Docteur RIST.

Internat :

- 1914-1919-1920. M. le Professeur J.-L. FAURE.
1920-1921. M. le Professeur agrégé AUVRAY.
1921-1922. M. le Professeur GOSSET.
1922-1923. M. le Professeur LEGUEU.

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS :

LARDENNOIS, HEITZ-BOYER, ABRAMI

A MM. LES DOCTEURS :

JEAN BERGER, CHIFOLIAU, DESPLAS
ROBERT MONOD, ROUHIER, SAUVÉ, R. TOUPET
Chirurgiens des Hôpitaux

A MM. LES DOCTEURS :

ENRIQUEZ, MONNIER-VINARD, BRULÉ
Médecins des Hôpitaux

A MM. LES DOCTEURS :

CH. VILLANDRE, PAPIN
Chirurgiens de l'hôpital Saint-Joseph

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE ANNEXE
DE MÉDECINE NAVALE DE ROCHEFORT-
SUR-MER.

COMPLICATIONS
DE
L'APPENDICITE CHRONIQUE
ET
SÉQUELLES DE L'APPENDICECTOMIE

INTRODUCTION

Il semblait, après la discussion de 1906 à l'Académie de Médecine, le rapport de Walter et Silhol au XXIV^e Congrès de Chirurgie en 1911 qui en avait précisé les lésions anatomo-pathologiques, les manifestations cliniques, les complications, le traitement et les nombreuses communications qui en approuvaient les conclusions, que la cause de l'appendicite chronique était gagnée malgré les attaques retentissantes dont elle avait été l'objet.

Des travaux étrangers, allemands, anglais, américains repris en France, et tout récemment, deux articles de Grégoire, dans les *Annales des maladies des voies digestives* (péricôlite membraneuse et appendicite chronique, février 1919. Dilatation douloureuse du côlon droit et appendicite chronique, août 1920)

ont de nouveau posé l'intéressant problème de l'appendicite chronique.

C'est que les résultats de l'intervention n'ont pas toujours été conformes au désir des chirurgiens et de leurs opérés.

Ces échecs post-opératoires, fréquemment signalés, semblaient devoir donner raison à ceux qui niaient l'existence de l'appendicite chronique, qu'il s'agisse d'appendicite chronique résiduelle ou d'appendicite chronique d'emblée.

Les statistiques fournies par les chirurgiens ne concordent guère. Au XXIV^e Congrès de Chirurgie, Delagénère rapporte 320 appendicites opérées ; 230 de ses opérés guérissent en moins de deux mois, 64 de deux à quatre mois, sur 26 échecs 17 finissent par guérir, tandis que neuf malades restent neurasthéniques.

Les opérés de Phocas ont tous guéri, dans un délai de six à huit mois.

Forgue, sur 120 interventions note 90 succès complets, 24 de ses malades atteints simultanément de cœlite chronique n'ont été qu'améliorés, 4 n'ont bénéficié d'aucune amélioration et deux grandes nerveuses ont continué à souffrir.

Vanwertz de Lille n'a eu que des succès opératoires.

Sonnenburg de Berlin n'accuse qu'un nombre d'échecs très réduit sur 2,000 interventions.

Gibson (*Americ J. of the Medical sc.*, 5 mai 1920,

p. 654) constate chez 550 de ses opérés d'appendicite chronique :

259 succès complets ;

65 résultats satisfaisants avec conservation de troubles dyspeptiques ;

102 mauvais résultats sans amélioration ;

63 o/o des appendices enlevés avaient été reconnus malades histologiquement ;

106 cas perdus de vue ;

3 décès.

Soit environ 40 o/o d'échecs.

Connel (*Journ. of the Americ Medic associat.*, 1916, 335) discute l'appendicite chronique comme entité morbide et cite un nombre considérable de cas dans lesquels l'appendicectomie a été impuissante à faire disparaître les accidents.

Il croit que ces malades souffrent en réalité de ptose viscérale, de constipation, de neurasthénie et s'il existe des modifications de l'appendice, ces modifications constituent un élément d'un processus plus important et non la cause du syndrome observé.

Mais les malades qui continuent à souffrir ne peuvent pas toujours s'adresser de nouveau au chirurgien qui les a opérés et les statistiques médicales qui constatent mieux les résultats post-opératoires de l'appendicectomie accusent un nombre plus élevé d'échecs. Pour M. Enriquez ceux-ci ne seraient pas loin de la proportion de 30 o/o.

Si l'on parle beaucoup et souvent pour les exagérer encore des échecs post-opératoires on ne met

pas suffisamment en relief les succès obtenus et les résultats parfois inespérés qu'en ont retirés nombre de malades. On oublie trop, semble-t-il, que sous son apparente bénignité, l'appendicite chronique justifie toutes les appréhensions en raison de ses complications si nombreuses qu'elles ont pu faire dire à Comby qu'on intervenait peut-être pas assez.

M. P. Descomps ne vient-il pas encore d'insister sur les complications toxiques souvent insidieuses malgré leur gravité ? Il importe donc d'établir le bilan de ces complications et de les comparer aux séquelles qui peuvent survivre à l'intervention.

Le plan que nous nous proposons de suivre dans ce travail, comportera donc successivement :

1° L'étude des complications de l'appendicite chronique ;

2° Les manifestations cliniques des séquelles post-opératoires ;

3° Les raisons qui ont été données des échecs de l'intervention ;

4° Enfin, dans un dernier chapitre, nous essaierons de montrer comment nous pouvons prévenir ces séquelles, et les moyens dont nous disposons pour tenter de guérir ces « invalides », ces « balafres » dont on a tant parlé.

PREMIÈRE PARTIE

COMPLICATIONS DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Les complications sont nombreuses, il n'est pas d'appareil de l'économie que l'organe ne puisse léser dans ses deux formes anatomo-cliniques d'appendicite chronique résiduelle et d'appendicite chronique pure.

Ces complications peuvent résulter d'une infection propagée de proche en proche et le rôle de l'épiploon dans la diffusion de cette infection à point de départ appendiculaire a été minutieusement mis en lumière par Walter et ses élèves.

Il faut aussi donner une grande importance à l'intoxication générale, à cette toxémie appendiculaire chronique si torpide dans ses manifestations qu'elle doit être recherchée avec le plus grand soin.

Enfin, des travaux récents ont montré l'influence indéniable du système nerveux organo-végétatif dans un grand nombre de manifestations associées encore inexplicables et qui de ce fait ont été précisées dans leur mécanisme.

Ces travaux ont décelé des altérations presque constantes des nerfs de l'appendice au niveau de leurs rameaux de terminaison ; ces altérations seraient le

point de départ d'actions nerveuses réflexes pouvant déterminer non seulement sur le tube digestif mais encore sur le poulmon, sur le cœur et sur le système nerveux central, des manifestations associées dont l'importance n'est plus à démontrer.

Le professeur Masson de Strasbourg, examinant des pièces opératoires de M. Le professeur Gosset, a trouvé dans les 9/10 des appendicites chroniques scléreuses et oblitérantes de curieuses altérations nerveuses siégeant dans les parois de l'appendice. Il s'agit d'un véritable névrome diffus, analogue dans sa constitution aux névromes des moignons d'amputation et apparaissant au niveau de la cicatrice d'une ulcération. Résultat probable d'une régénération nerveuse ayant comme point de départ les extrémités des nerfs sectionnés au niveau de l'ulcération, ce névrome, inclus dans une gaine fibreuse, entouré d'un double étui musculaire, réagit à toute contraction de celui-ci, « il semble qu'il puisse être le point de départ de troubles nerveux plus ou moins importants et cette lésion me paraît susceptible d'expliquer dans une certaine mesure les troubles nerveux qui accompagnent l'appendicite ».

La thèse récente de E. Rouvière, inspirée par Enriquez confirme ces données très intéressantes. Analysant 27 observations d'appendicite chronique, avec contrôle chirurgical dans 23 cas, l'auteur conclut que les troubles du système nerveux organo-végétatif sont fréquents au cours de l'appendicite chronique et portent surtout sur les trois grands appa-

reils, digestif, respiratoire et circulatoire. Ces troubles peuvent être d'origine toxi-infectieuse, toxi-infection d'origine appendiculaire ou résultant de la stase chronique, ils sont surtout d'origine réflexe, le point de départ de ce réflexe étant vraisemblablement le névrome appendiculaire décrit par Masson. Ce réflexe transmis au plexus solaire paraît atteindre surtout le pneumogastrique, comme en fait foi la pression sur la région cæco-appendiculaire qui détermine fréquemment des troubles brusques dans divers appareils en particulier de la bradycardie et de l'hypotension et, dans certains cas de véritables crises d'asthme liées à un état d'hyperexcitabilité bulbaire permanente.

Ces données récentes éclairent le mécanisme des lésions associées retrouvées dans le domaine d'innervation du vague, en apparence paradoxales et cédant à l'appendicectomie après avoir pris dans le tableau clinique une importance parfois prépondérante.

I. — Il y a tout d'abord des complications de l'appendicite chronique qui peuvent mettre immédiatement la vie du malade en danger.

Crises aiguës. — Nous n'insisterons pas sur les crises aiguës toujours menaçantes surtout au cours de l'appendicite chronique résiduelle. Si elles peuvent survenir sans causes apparentes, elles sont toujours à craindre au cours de la gestation, et c'est aussi dans ces cas que rentrent bon nombre d'appendicites aiguës dites traumatiques.

Occlusion intestinale. — Nous nous arrêterons plus longtemps sur les crises larvées qui provoquent, entretiennent, organisent des adhérences péri-appendiculaires, péri-coliques, autour du grêle, préparant ainsi ces accidents d'occlusion bien étudiés par Marion en France, par Rüge et Korte en Allemagne, et plus récemment par Lenormant, dans un article de la *Presse médicale* du 24 juin 1911.

Il s'agit d'occlusions mécaniques tardives pouvant d'abord évoluer sous le type de subocclusion chronique, comme Duvergey en rapportait deux cas au XXIV^e Congrès de Chirurgie, sans que l'attention n'ait jamais été attirée sur l'appendice antérieurement malade.

L'occlusion peut réaliser tous les types anatomiques ; *occlusions par brides*, pariéto-cæcales, pariéto-viscérales, inter-viscérales ; *occlusions réalisées* par l'appendice lui-même adhérent à la paroi abdominale par son extrémité libre parfois au cæcum ou au grêle et formant ainsi arête vive sur laquelle peut s'étrangler l'intestin.

L'appendice peut aussi s'enrouler autour d'une anse grêle. Rüge insiste sur la gravité toute particulière de cette forme d'occlusion.

Occlusions par adhérences du grêle au cæcum ou au côlon ; cette dernière forme est moins fréquente et moins grave que la précédente qu'il s'agisse de couture unique ou de plusieurs anses grêles agglomérées.

Occlusion par volvulus du cæcum autour d'une

adhérence. Enfin Kœrte, en outre, décrit, deux formes d'occlusion très particulières, l'une par compression de l'intestin par une tumeur inflammatoire développée autour d'un appendice chroniquement enflammée, l'autre, au décours d'une appendicite scléreuse ancienne qui avait déterminé un rétrécissement très marqué à l'union de l'iléon et du cæcum avec ulcération secondaire du cæcum.

Pour Jalaguier il s'agirait parfois d'invagination iléo-cæcale caractérisée cliniquement par un gros cæcum, dur, douloureux se contractant sous la main, et à d'autres moments, par une tumeur beaucoup plus petite, et moins facilement perceptible.

Cliniquement, aux signes habituels de l'occlusion aiguë se combinent des signes d'inflammation concomitante de l'appendice, ceux-ci impriment une allure toute spéciale au syndrome par des signes péritonéaux précoces qui peuvent en modifier, non seulement l'allure clinique, mais qui rendent son pronostic encore plus réservé.

II. — Mais les crises aiguës et l'occlusion ne constituent pas les seules complications de l'appendicite chronique ; il en est d'autres moins dramatiques, moins graves d'emblée, à évolution le plus souvent lente et progressive et dont la cause première nécessitant de patientes recherches reste longtemps insoupçonnée.

Nous étudierons successivement l'entéro-côlite au

cours de l'appendicite, les complications gastriques, les complications hépatiques, génitales, urinaires, pulmonaires et nerveuses.

Appendicite chronique et entéro-côlite. — Il n'est pas dans les limites que nous nous sommes fixées de revenir ici sur les discussions soulevées en 1906 à l'Académie de Médecine par Dieulafoy qui opposait l'une à l'autre l'entéro-côlite muco-membraneuse et l'appendicite chronique, niant tout rapport de cause à effet et même de simultanéité d'évolution entre ces deux affections.

La coïncidence fréquente étant admise et quelle que soit la lésion première en date, l'appendicite chronique entretient, prolonge et aggrave l'entéro-côlite; elle l'entretient par divers facteurs, par les adhérences péritonéales qu'elle crée, par l'épiploïte chronique qui l'accompagne si souvent comme l'a bien montré Walter et par une action nerveuse manifeste, déjà pressentie et mise en cause avant les recherches de Masson sur le névrome appendiculaire.

Albert Mathieu, dans ses *Conférences de Pathologie gastro-intestinale* (1913) a précisé les causes étiologiques encore discutées de l'entéro-côlite muco-membraneuse.

Deux théories étaient en présence, l'entéro-névrose de G. Lyon et la théorie inflammatoire de Nothnagel et de Combe de Lausanne; les cas graves, invétérés relèveraient de l'entéro-névrose, les cas légers de l'inflammation primitive de la muqueuse

du côlon par un micro-organisme spécifique. Enfin les cas moyens de l'association de ces deux éléments étiologiques.

Pour Mathieu, l'entéro-côlite muco-membraneuse, caractérisée par une triade symptomatique particulière : constipation, élément fondamental, évacuations muco-membraneuses parfois sanglantes et douleurs à type spécial, n'aurait comme substratum anatomique que des lésions superficielles de la muqueuse côlique incapables à elles seules de justifier l'intensité des signes observés.

L'élément essentiel du syndrome serait le spasme côlique facteur de la stase et de la constipation. Ce spasme serait provoqué par une action réflexe à court circuit qui trouverait sa cause dans les lésions superficielles de la muqueuse côlique hyperesthésiée, ou par un acte réflexe à long circuit dû à un état d'hyperexcitabilité du plexus solaire entretenu par une lésion appendiculaire, vésiculaire ou plus rarement par des lésions annexielles ou rénales, en particulier la néphroptose.

Mathieu insiste en outre sur l'action prédisposante certaine du terrain névropathique.

Ainsi se constitue un cercle vicieux d'actions complexes associées.

La stase côlique provoque et entretient l'irritation locale superficielle de la muqueuse, d'où hyperesthésie, hypersécrétion, douleurs et spasme ; le spasme de son côté entretient la stase ; les douleurs exagèrent l'état névropathique antérieur local et général ; la

diminution de l'alimentation par l'amaigrissement qu'elle provoque, la ptose viscérale qui à son tour aggrave la stase.

Chez de tels malades, il importe de rechercher l'épine irritative et souvent, l'appendicite chronique sera la cause capitale du syndrome. L'auteur signale les guérisons définitives ou les améliorations qui suivent l'appendicectomie ; les échecs prolongés, étant à la persistance des excitations à court circuit fréquemment associées. L'appendicite en dehors du danger permanent qu'elle constitue, entretient donc et aggrave l'entéro-côlite membraneuse ; le traitement médical ne peut agir seul avec efficacité. La dénutrition, les troubles nerveux graves et progressifs compromettent irrémédiablement l'avenir de ces malades.

Complications gastriques

Les troubles dyspeptiques sont d'observation courante au cours de l'appendicite chronique, mais ils peuvent prendre une telle importance dans le tableau clinique, que, masquant parfois la lésion appendiculaire primitive, ils s'élèvent souvent au rang de véritables complications.

En France, à leur étude s'attachent les noms de Talamon, Lyon, Enriquez, Longuet, Siredey (Société médicale des Hôpitaux, 1903).

Jean-Charles Roux, dans un article de *la Pathologie gastro-intestinale* de A. Mathieu, les rattache

à trois processus et distingue les dyspepsies appendiculaires réflexes, les dyspepsies toxiques, et les dyspepsies mécaniques liées à l'épiploïte chronique et aux adhérences péri-viscérales.

Les dyspepsies appendiculaires réflexes auraient comme caractère clinique essentiel leur intermitteuce, l'action déterminante nette sur leur apparition de traumatismes minimes (secousses de voiture) et surtout le fait qu'elles peuvent survenir soit par la pression au point appendiculaire, soit spontanément au cours d'une recrudescence de l'appendicite chronique.

Il s'agit dans les cas légers d'un état nauséux constant, prolongé, sur lequel Enriquez et Gutmann ont encore attiré récemment l'attention.

Dans les cas plus marqués de vomissements à la moindre tentative d'alimentation pouvant prendre chez l'enfant de 5 à 10 ans, le type des vomissements périodiques (Comby) survenant par crises et rebelles à toute thérapeutique.

Dans les cas plus graves, liés à un état d'hyperesthésie du plexus solaire, les signes sont ceux d'une lésion pylorique caractéristique avec douleur tardive, pyrosis, hypersécrétion de salive visqueuse, renvois gazeux, qui diminuent la sensation de tension ; les douleurs à siège épigastrique s'accompagnent d'irradiations très spéciales dans la fosse iliaque droite, il n'est pas rare de noter l'hématémèse (Dieulafoy, Moynihan, dans 6 o/o des cas pour Munro) et plus rarement du mœlena. Dans ces formes

qui ont pu faire dire au professeur Gosset que la plupart des ulcères de l'estomac sont à l'appendice, l'examen radioscopique montre un estomac hypertonique, les contractions pyloriques sont exagérées et la pression sous l'écran y détermine une vive douleur.

Le Dr Desplas, chirurgien des Hôpitaux a fait les constatations suivantes au cours de nombreuses appendicectomies pour appendicite chronique sous anesthésie rachidienne : la section et la ligature du méso appendiculaire et de l'appendice déterminaient des sensations douloureuses intenses au niveau de l'estomac accompagnées de tentatives de vomissements.

Les dyspepsies appendiculaires toxiques présentent un tout autre tableau : l'anorexie y est intense, élective pour certains aliments (le lait et les œufs), la langue chargée, l'haleine fétide, l'amaigrissement rapide.

Il n'y a pas ou peu de douleurs spontanées, mais trois ou quatre heures après les repas, le malade accuse une série de symptômes : flatulence, éructations, pesanteurs épigastriques, tous symptômes accompagnés parfois d'une crise douloureuse abdominale prédominant à droite ; il est fréquent en outre d'observer une élévation thermique légère.

Le chimisme gastrique donne des renseignements très variables sur lesquels on ne peut se baser pour confirmer ou infirmer un diagnostic.

Hyperchlorhydrie, acide chlorhydrique en propor-

tion normale ont été notés avec une égale fréquence et parfois même de l'anachlorhydrie complète.

A ces signes de dyspepsie plus ou moins caractérisée s'associent dans des proportions variables des manifestations hépatiques et souvent des signes de côlite. La cause de ces troubles peut échapper car l'appendicite ne manifeste cliniquement sa participation que d'une façon très intermittente.

La dyspepsie appendiculaire finit par retentir sur l'état général qu'elle altère progressivement ; l'amaigrissement rapide, le teint terreux, la dépression nerveuse peuvent créer dans certains cas un état de cachexie sur lequel Hayem et Lyon ont attiré l'attention.

Les limites des complications gastriques de l'appendicite chronique se sont encore élargies dans ces dernières années. Les frères Mayo insistent sur la fréquence de l'ulcère de l'estomac et du duodénum au cours des appendicites latentes.

Moynihan attribuant à un spasme réflexe le syndrome pylorique ou duodénal relevé si souvent dans l'histoire de ces malades, se demande dans quelle mesure les ulcérations de la muqueuse stomacale pourraient être, sous la dépendance d'une lésion primitive de l'appendice ou de l'intestin grêle.

Pour Fenwick, l'hypersécrétion gastrique est l'expression physiologique d'une irritation réflexe des glandes gastriques, cette hypersécrétion peut aboutir à elle seule aux ulcérations gastriques et duodénales. L'auteur fit opérer 112 malades présen-

tant de l'hypersécrétion gastrique avec hyperchlorhydrie douloureuse et les constatations opératoires ont été les suivantes :

Dans 13 cas on trouva un ulcère chronique de l'estomac.

— 46 cas	— <i>id.</i>	du duodénum.
— 22 cas	— <i>id.</i>	de l'appendicite chronique.
— 3 cas	—	ulcères gastrique et duodénal associés.
— 3 cas	— <i>id.</i>	du duodénum et calcul biliaire.
— 6 cas	— <i>id.</i>	de l'estomac et appendicite.
— 4 cas	— <i>id.</i>	du duodénum et appendicite.

Cet auteur pense que 88 o/o des hypersécrétions chroniques répondent à des lésions nettes du tube digestif : dans 12 o/o des cas où l'exploration reste négative, l'appendicite chronique est en cause.

Pour Manhert et Payr, il s'agirait de petites embolies venant des veines appendiculaires et déterminant au niveau de la muqueuse duodénale ou stomacale des ulcérations plus ou moins persistantes.

Les chirurgiens anglo-américains tirent de ces faits les conclusions suivantes :

Lorsqu'on opère des malades pour un ulcère du pylore ou du duodénum, si l'exploration ne montre aucune lésion dans ces organes, au niveau de la vésicule ou au niveau du pancréas, il ne faut pas faire de gastro-entérostomie mais aller découvrir l'appendice. On le trouvera toujours chroniquement enflammé. Chez des malades gastro-entérostomisés dans ces conditions non seulement les troubles

n'ont pas disparu, mais beaucoup, dans les années suivantes ont fait des crises d'appendicite souvent très graves et les douleurs autrefois attribuées à l'ulcère ont disparu après l'appendicectomie.

Complications hépatiques

1° Des appendicites chroniques latentes peuvent être le point de départ de lésions microbiennes ou toxiques du foie n'aboutissant pas à la suppuration.

Les manifestations hépatiques dominent le tableau clinique : gros foie douloureux avec ictère catarrhal ou subictère conjonctival, poussées fébriles généralement de courte durée (37,5-38 pendant deux jours), troubles gastriques plus ou moins accentués, amaigrissement progressif. Les signes de l'appendicite, très estompés, demandent à être recherchés et très minutieusement chez ces malades qui sont des appendiculaires latents et de faux hépatiques.

Poenaru Caplesco de Bucarest, dans un récent article du *Courrier médical*, en rapporte 17 observations ; chez ses malades les manifestations hépatiques ont cédé à l'appendicectomie.

En 1894, Achard, puis Tuffier et Moté (1904) ont émis l'hypothèse que les lésions appendiculaires devaient jouer un rôle dans l'étiologie de certaines cirrhoses hépatiques de nature indéterminée.

Dans son rapport au XXIV^e Congrès de Chirurgie, Silhol rapporte des cas de cholémie familiale guéris par l'ablation d'un appendice chroniquement en-

flammé, et notre maître M. le professeur Gosset insiste dans son enseignement sur la fréquence des gros foies appendiculaires de l'enfant.

2° Plus intéressants encore sont les rapports qui existent entre l'appendicite chronique et certaines cholécystites calculeuses ou non, rapports qui ont pu faire dire à Dieulafoy que « l'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent et s'accouplent ».

Pour Legendre les deux affections peuvent se manifester isolément à de courts intervalles ou simultanément et, dans ces cas, les manifestations cliniques sont attribuées soit à l'appendice, soit à la vésicule jusqu'à ce que peu après une intervention chirurgicale incomplète appliquée à l'un ou l'autre de ces deux organes, les symptômes qui avaient nécessité l'intervention se manifestent à nouveau.

Les statistiques de Muller, Kœrte, Hehr, Czerny, Narath, des frères Mayo, accusent cette association dans 35 o/o des cas.

Mac Carthy a rencontré dans 69 o/o des cas des lésions macroscopiques ou microscopiques de l'appendice à l'autopsie de sujets décédés à la suite d'interventions sur les voies biliaires.

Pour Murphy, après la fièvre typhoïde, l'appendicite est la cause la plus habituelle de la choléli-thiase.

Tripier et Paviot insistent sur la fréquence de ces périviscérites descendantes d'origine vésiculaire puis péri-cœcales et péri-appendiculaires. Secondairement se développent des lésions parié-

tales de l'appendice beaucoup moins marquées que les lésions péri-appendiculaires. L'appendicectomie chez de tels malades est une intervention incomplète, voire même inutile, la cholécystectomie seule est indiquée.

Pour Mlle R. Mangeret (thèse de Paris, 1912), l'appendicite serait secondaire à la cholécystite, et l'infection vésiculaire se propagerait à l'appendice par voie lymphatique, des ganglions pancréatiques aux ganglions mésentériques et iléo-cæcaux.

Enfin, Pollart de Bruxelles (*Bruxelles médical*, 5 juillet 1921), compulsant les documents du département chirurgical du Lan's Hospital, a relevé 41 cas où des relations étroites entre l'appendicite chronique et la cholécystite chronique avaient été notées et dans les cas où l'épiploon avait été examiné en même temps il avait toujours été trouvé atteint d'épiploïte chronique.

Si l'on envisage les cas non rapportés et ceux où cette importante association a passé inaperçue, on peut se faire une idée de l'importance des rapports qui existent entre l'appendicite chronique et la cholécystite. Dans beaucoup de cas, l'appendicectomie est faite purement et simplement ; l'incision trop petite ne permettant pas l'exploration de la vésicule biliaire et Hart Branon rapporte 425 cas de cholécystite chez des sujets dont 68 avaient de l'appendicite chronique ou avaient subi l'appendicectomie.

Pollart insiste sur le rôle dans cette association de l'épiploon qui réagit et s'altère au niveau du foyer

appendiculaire. C'est là qu'il absorbe les produits pathogènes qu'il draine ensuite par ses propres vaisseaux jusque dans la circulation portale, il en résulte une infiltration leucocytaire des gaines péri-portales intra-hépatiques (péricholangite de Graham) et les abondants rapports lymphatiques entre le foie et la vésicule, expliquent l'infection possible de cette dernière. Ces faits, dit Pollart, rendent nécessaire une exploration complète de la cavité abdominale chez des malades atteints d'appendicite chronique avec troubles gastriques persistants; de l'épiploïte et une cholécystite subséquentes seront probablement des découvertes opératoires.

Plus récemment encore Gaston Durand et Binet (de Vichy) insistent sur les rapports indiscutables qui lient l'appendicite et la cholélithiase, dans un excellent article du *Monde médical* basé sur une statistique personnelle de 80 cas de malades opérés d'appendicite avérée aiguë ou chronique et présentant des signes patents de lithiase biliaire.

Dans près la moitié des cas, l'affection biliaire était contemporaine de l'appendicite et, dans un peu plus de la moitié des cas, l'appendicite paraissait bien avoir nettement précédé les accidents lithiasiques.

Ces auteurs rappellent les résultats des expériences de Rosenow de Rochester, qui affirme avoir reproduit chez l'animal par inoculation de produits septiques d'origine amygdalienne et dentaire, des foyers d'infection portant exclusivement sur l'estomac, la vésicule, l'appendice, le duodénum, le pancréas.

Rosenow, en outre, aurait pu, par inoculation de produits septiques prélevés chez l'homme au niveau d'un foyer d'appendicite, de cholécystite, d'un ulcère gastrique, provoquer chez l'animal des lésions viscérales identiques sur les organes homologues comme au niveau des divers viscères précités. Pour Durand et Binet, ces expériences peuvent expliquer les lésions si fréquemment associées de l'appendice, de l'estomac et de la vésicule.

Complications génitales

Les complications annexielles aiguës et subaiguës sont d'observation courante et banale au cours de l'appendicite chronique, que l'annexite soit première en date (Delagènière) ou qu'elle succède à l'appendicite chronique (Hartmann, Jalagnier, Segond et Silhol). Il ne faut pas oublier la grande fréquence de ces lésions associées pour ne pas risquer de faire un examen ou une intervention incomplets.

Sur 240 appendicectomies pour appendicite chronique, rapportées par Kelly, quatre-vingt-seize fois seulement il s'agissait de lésions isolées de l'appendice.

Pour Petterson, 47 0/0 des appendices ont été trouvés malades au cours d'intervention pour salpingite.

Pour Clark, la proportion serait de 80 0/0.

Pour Paukow elle serait de 60 0/0.

Bien plus, l'appendicite chronique par ses détec-

minations secondaires sur l'utérus et les annexes, est peut-être un facteur important d'interruption de grossesse et de stérilité (Paukow).

Taylor, chez une de ses opérées, note 4 fausses couches avant l'appendicectomie et 2 grossesses après l'intervention.

Pour Pellat, l'appendicite chronique serait une cause fréquente de grossesse extra-utérine.

Dans certains cas on a pu noter entre l'appendicite chronique et la menstruation des rapports très étroits. La menstruation d'une part peut provoquer une recrudescence au cours d'une appendicite jusqu'à latente et, d'autre part, cette dernière peut être la cause de troubles dysménorrhéiques très intenses (Legendre, Soupault et Jouaust).

Notre maître, M. le professeur Gosset a bien voulu nous autoriser à intervenir chez une jeune fille de 22 ans, qui présentait des troubles dysménorrhéiques particulièrement douloureux. L'examen gynécologique était négatif, mais les signes d'une appendicite chronique n'étaient pas douteux. L'ablation d'un appendice congestionné, sclérosé à sa partie moyenne, à muqueuse épaisse parsemée de points de folliculite hémorragique, fut suivie d'une amélioration très nette des troubles dysménorrhéiques que présentait la malade.

Enfin à la puberté l'appendicite chronique peut avoir sur le retard de l'apparition des règles une influence bien démontrée par l'appendicectomie qui

est suivie souvent à très bref délai de l'établissement définitif des périodes menstruelles.

Complications urinaires

Il y a tout d'abord des complications vésicales. Walther a signalé un cas de rétention complète d'urine durant depuis un an et ayant cédé à l'appendicectomie, Delagénère, un cas d'incontinence nocturne chez un enfant et plusieurs observations de cystites aiguës invétérées de causes indéterminées et qui cédèrent à l'appendicectomie après l'échec d'un long traitement symptomatique.

Les manifestations rénales sont plus importantes, plus complexes et plus difficiles à interpréter ; elles peuvent d'ailleurs dominer le tableau clinique et faire méconnaître l'appendicite chronique en évolution.

On a signalé l'existence d'un syndrome de néphrite chronique avec albuminurie massive, céphalée et œdèmes.

Les accidents douloureux sont plus fréquents. En dehors des cas où une lithiase rénale évolue parallèlement à une appendicite chronique — et pour Delagénère les affections relèveraient d'une cause commune, l'infection intestinale — au cours de l'appendicite chronique il n'est pas rare de relever des signes douloureux qu'il est logique de prime abord d'attribuer au rein ou à l'uretère.

Douleurs lombaires continues s'exagérant par crises, irradiations douloureuses sur le trajet de

l'uretère avec les points douloureux habituels de la colique néphrétique, d'un calcul urétéral ou d'une pyélonéphrite.

Parfois la signature de l'état de souffrance du rein pourra être fournie d'une façon plus précise par la constatation d'hématuries totales.

Cette question des hématuries de l'appendicite chronique est complexe et ne semble pas devoir être facilement élucidée.

Elles peuvent survenir chez des malades dans l'interrogatoire desquels il n'existe aucun indice d'appendicite chronique; parfois on a pu noter des manifestations douloureuses antérieures à siège épigastrique (Brickner Von Frisch) ou des douleurs violentes de la fosse iliaque droite (Hunner et Carless).

Indolores et spontanées, elles peuvent être précédées d'une crise douloureuse de colique néphrétique et l'hématurie faisant office d'une véritable saignée locale amène une sédation très marquée des manifestations douloureuses qui l'avaient précédée.

Le diagnostic causal a pu encore être égaré par l'action nettement indiquée par le malade d'une cause occasionnelle, marche prolongée, exercice violent. Quoi qu'il en soit elles présentent souvent le caractère d'être très espacées (plusieurs mois parfois) sans que dans l'intervalle qui les sépare, aucun signe, aucune investigation ne puissent faire raisonnablement porter le diagnostic d'une affection rénale.

L'obscurité règne encore sur leur pathogénie; réflexe à point de départ appendiculaire disent Lan-

cereaux et Renaut ; infarctus liés à des embolies d'origine appendiculaire (Von Frisch) ; infection rénale par voie sanguine pour d'autres auteurs ; néphrite latente (Decousser). Ce dernier auteur dans sa thèse rapporte 9 observations d'hématuries au cours d'appendicite chronique ayant cédé à l'appendicectomie. Trois fois l'appendice était libre sans adhérences ; cinq fois l'appendice adhérait à l'uretère, une fois il s'agissait d'appendicite rétrocæcale.

Von Frisch dans son mémoire en rapporte 17 observations :

Six fois il y avait propagation à l'uretère de l'infection appendiculaire.

Trois fois infection propagée au rein.

Deux fois néphrite chronique.

Deux fois le rein et l'uretère étaient comprimés par le gros intestin bourré de matières.

Quatre fois la cause des hématuries n'a pu être retrouvée.

Par contre, pour Fayolle (Thèse de Lyon) les complications toxiques graves localisées à l'appareil urinaire seraient assez rares au cours de l'appendicite chronique.

Quant aux hématuries elles surviendraient le plus souvent au déclin des formes aiguës ou comme complications post-opératoires de l'appendicite à chaud, plus rarement de l'appendicite à froid.

Complications pulmonaires

Elles sont fréquentes, paradoxales en apparence, et ne paraissent pouvoir être rattachées que difficilement à l'appendicite chronique.

Celle-ci peut créer au niveau de la base pulmonaire droite un état de congestion par vaso-dilatation réflexe.

A un degré plus accentué les signes pulmonaires se groupent pour constituer un syndrome de pseudo-tuberculose chronique sur lequel Gaillard avait déjà attiré l'attention en 1904 et qui fit l'objet d'une belle communication de Faisans à la Société médicale des Hôpitaux en 1911 : amaigrissement, instabilité thermique, fièvre vespérale peu élevée mais persistante, toux réflexe quinteuse, douleurs thoraciques dans les fosses sus-épineuses et sus-claviculaires avec hyperesthésie cutanée et parfois des signes stéthoscopiques au sommet droit. Tels sont les signes qui dominent le tableau clinique.

Mais-on est le plus souvent frappé par une disproportion réelle entre les signes stéthoscopiques inconstants d'ailleurs ou très atténués, le caractère progressif de l'amaigrissement et la persistance de la fièvre.

Qu'il s'agisse de foyers infectieux se manifestant à l'occasion de recrudescences plus ou moins manifestes de l'appendicite ou de vaso-dilatation réflexe des capillaires pulmonaires, l'influence très heureuse

et souvent rapide de l'appendicéctomie est à retenir.

Plus curieux encore et plus inexplicables en apparence sont ces cas d'asthme appendiculaire, dont Delagénère rapporte trois observations, au Congrès de Chirurgie, 1911, et dans la thèse de Rochet (Paris, 1912).

Gutmann, dans sa thèse, et plus récemment dans *la Presse médicale* (1920, 3 novembre, n° 80), en rapporte deux nouvelles observations.

Rien ne permet de différencier en apparence cet asthme appendiculaire de l'asthme essentiel, sauf parfois une aura spéciale qui peut consister en ballonnement intestinal ou en une crise douloureuse abdominale localisée à droite.

Les résultats de l'appendicéctomie, les constatations radiologiques : déclenchement de la crise d'asthme par la pression sous l'écran sur le bord interne d'un cæcum douloureux et fixé, ou au cours de l'intervention au moment de la ligature et de la section de l'appendice (Delagénère) apportent de nouveaux arguments en faveur des réactions hyper-vagotoniques au cours de l'appendicite chronique.

Mais l'appendicite chronique ne se contente pas de simuler la tuberculose et de provoquer des crises asthmatiformes. Pour le professeur Sergent (Société médicale des Hôpitaux, 3 février 1911) elle conduit à la tuberculose pulmonaire nombre de sujets ; « les troubles dyspeptiques rendent l'alimentation difficile, en outre les spoliations calcaires qui accom-

pagnent l'entéro-côlite muco membraneuse conduisent à la décalcification. Trop souvent celle-ci est hâtée par l'absorption des ferments lactiques qu'il est de mode de verser en abondance dans les intestins malades quelle que soit la cause de l'entérite. Ces faits apportent un nouvel argument en faveur de l'intervention chirurgicale. »

Complications nerveuses

Elles nécessitent un terrain particulier et paraissent plus accentuées dans les formes anciennes d'appendicite chronique (Delagénère).

Nous avons déjà montré le rôle que peuvent avoir les altérations du système organo-végétatif dans les manifestations gastriques, intestinales et pulmonaires de l'appendicite chronique.

La vagotonie appendiculaire étudiée par Enriquez et ses élèves (Gutmann et Rouvière), répond à un type spécial de sujets présentant une pâleur spéciale de la face localisée au bas du visage autour de la bouche, une sudation exagérée, de l'hypersécrétion salivaire. Le pouls chez ces sujets est ralenti, souvent instable, facilement hypotonique. Les extrémités sont froides ; ces malades ont de la pollakiurie, des troubles du sens génital, des vertiges fréquents. Tous ces signes, mis en évidence par la pression douloureuse de la zone appendiculaire s'améliorent nettement après l'appendicectomie.

Plus rarement, ce sont des troubles cardiaques, de

fausses angines de poitrine, des palpitations douloureuses, de l'arythmie, de la dyspnée d'effort, sans aucun signe stéthoscopiques d'une affection organique. Ces troubles relèveraient d'hypersympathicotomie quand l'aérophagie n'est pas en cause.

Apelt signale des cas où des signes de névrite progressive du crural droit s'étaient installés peu après le début de l'appendicite chronique.

En 1913, Enriquez et Gutmann, rapportent trois observations de sciaticques invétérés au cours d'appendicites chroniques dont l'une remontait à six ans, les 3 malades furent guéris par l'appendicectomie. Les mêmes auteurs, à la Société médicale des Hôpitaux, juillet 1913, décrivent les fausses coxalgies appendiculaires à propos de deux cas où l'appendicectomie fut suivie des plus heureux résultats.

Au XXIV^e Congrès de Chirurgie, Lambret rapporte un cas de migraine ophtalmique au cours d'une appendicite chronique, et une observation d'épilepsie essentielle où l'appendicectomie fut pratiquée en raison de signes non douteux d'appendicite ; l'intervention améliora considérablement l'épilepsie dont les crises perdirent progressivement de leur fréquence et de leur intensité.

Gutmann, dans un récent article de *l'Hôpital* 10 mars 1922, rapporte un cas curieux d'épilepsie chez une jeune femme, âgée de 30 ans, qui n'avait jamais présenté antérieurement de crises comitiales ; l'examen de la région cæco-appendiculaire en pro-

voqua une des plus typiques, puis une seconde à quelques heures d'intervalle.

Le professeur Gosset pratiqua chez cette malade l'ablation d'un appendice atteint de grosses lésions d'inflammation chronique et depuis son opérée n'a plus présenté de crises épileptiques.

En outre Broca et Jalaguier ont signalé des signes pseudo-méningitiques au cours de l'appendicite chronique. Gosset insiste sur des céphalées persistantes et particulièrement intenses ayant épuisé toutes les ressources de la thérapeutique et définitivement guéries par l'appendicectomie.

Enfin, il est d'observation courante, dans les cas anciens, de trouver chez certains malades toute une série de manifestations nerveuses : migraines avec vertiges, prostration, tristesse, idéation exaspérée parfois délirante, dépression psychique intense, pouvant constituer dans les cas extrêmes « un état hystéro-neurasthénique », des plus marqués (Descomps).

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE CLINIQUE DES SÉQUELLES POST-OPÉRATOIRES

Les signes qui amènent les malades à consulter varient essentiellement suivant les cas. Ils s'associent diversement, créant autant de formes cliniques difficilement superposables dont les rapports avec l'opération antérieure ne sont pas toujours évidents et qui posent des problèmes de diagnostic d'ordre très différent. Une remarque s'impose tout d'abord, c'est la fréquence toute particulière de ces séquelles chez la femme. Quatre de nos observations seulement concernent des hommes.

Il y a des signes qui peuvent être communs à toutes les formes et dont la recherche constitue la première étape de l'investigation clinique.

La cicatrice. — Le plus souvent on notera des cicatrices vicieuses, plus larges que normalement, pigmentées, chéloïdes, douloureuses et adhérentes aux plans profonds. Un bon signe d'adhérence consiste à prendre la cicatrice entre les doigts comme si on voulait l'extérioriser de la paroi abdominale, il n'est pas rare d'éveiller par cette manœuvre une

douleur vive s'accompagnant parfois de nausées et d'irradiations à trajet variable selon les sujets.

On recherchera à leur niveau ces éventrations totales ou partielles, réductibles ou irréductibles ; au niveau de ces éventrations partielles qui s'obtiennent facilement avec le bout du doigt, on pourra par cette manœuvre, provoquer encore une douleur locale très marquée avec une sensation très particulière de malaise général. A deux reprises, sur ces cicatrices vicieuses, nous avons noté de petits abcès à trajet complexe et donnant par intermittence du pus franc bien lié ou une simple sérosité.

Assez fréquemment rien n'attire de prime abord l'attention vers une cicatrice iliaque normale, linéaire, de coloration blanchâtre habituelle, mobile sur les plans profonds et parfois complètement indolore ; cette cicatrice qui ne paraît pouvoir dissimuler aucune lésion profonde est souvent plus courte peut-être qu'on ne l'aurait faite, et il semble *à priori* que par de telles incisions, l'inventaire de la fosse iliaque droite n'ait pu être fait d'une façon complète.

Il faut ensuite, par une palpation méthodique, rechercher les points douloureux à la pression ; la cicatrice peut être douloureuse dans toute son étendue ; les points de douleur provoquée par la pression du doigt sont exceptionnels en dehors d'elle, ils sont habituels en dedans. Leur intensité s'accroît de bas en haut et c'est souvent entre l'extrémité supérieure de la cicatrice et de l'ombilic qu'ils sont les plus nets ; la pression localisée provoque en

même temps cette sensation de malaise général déjà notée et peut s'accompagner de nausées souvent très intenses.

Au niveau de l'ombilic, ils siègent le plus souvent autour de la moitié droite de l'anneau.

Il faut, en outre, noter leur fréquence entre le rebord costal droit et l'ombilic dans la région du carrefour sous-hépatique. Enfin, ils ne sont pas rares dans la région épigastrique où ils s'accompagnent souvent d'irradiations très particulières vers la fosse iliaque droite.

La recherche de ces points douloureux provoque une réaction de défense de la paroi abdominale, variable suivant les sujets, certains présentent même de l'hyperesthésie cutanée.

La palpation plus appuyée de la fosse iliaque droite doit être pratiquée avec la plus grande douceur pour ne pas éveiller chez ces sujets anxieux, craintifs, hyperexcitables souvent, une contracture réflexe de la paroi qui gênera l'examen ; il faut relâcher la sangle abdominale par la flexion des cuisses sur le bassin et pratiquer l'examen en décubitus latéral gauche ou en position de Trendelenburg, si le besoin s'en faisait sentir.

On pourra utilement déprimer la paroi par le procédé de Glénard en suivant une ligne parallèle au trajet du côlon ascendant, en commençant très en dehors pour glisser peu à peu vers la ligne médiane.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la différence d'intensité très nette que l'on note entre la douleur

provoquée dans la fosse iliaque droite et les points douloureux que l'on peut trouver dans les régions symétriques du flanc gauche ; ces derniers sont inconstants, parfois nuls, le plus souvent beaucoup moins intenses. A droite, il est fréquent par ces manœuvres de sentir un cæcum spasmé, douloureux, parfois gargouillant sous les doigts ; le clapotage cæcal si souvent provoqué n'a malheureusement guère de valeur séméiologique, même s'il est encore manifeste huit à neuf heures après la dernière prise alimentaire.

La percussion ne nous a pas donné de renseignements constants et précis.

Il est plus rare de trouver dans la fosse iliaque droite une tuméfaction à limites imprécises, se prolongeant en haut vers le rebord costal ou en bas vers l'arcade de Fallope. De dimensions variables, cette tuméfaction siège nettement sous la paroi, sa surface est habituellement irrégulière, sa mobilité varie d'un sujet à l'autre ; elle est presque constamment douloureuse à la pression et submate à la percussion.

La manœuvre de Rovsing exagère souvent les sensations douloureuses spontanées accusées par le malade dans la région cæco-colique.

Les signes fonctionnels constituent par leur groupement une série de tableaux que nous allons essayer d'individualiser :

1° La forme la plus commune (observations I à XXVII), la plus fréquente est constituée par un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite auquel s'associent des signes gastro-intestinaux, d'intensité très inégale.

Ces douleurs ont des caractères particuliers suivant les sujets.

Il peut s'agir d'un endolorissement permanent, d'une sensation de tension douloureuse avec exacerbations spontanées en éclair, d'élançements brusques et fugaces. Le malade localise nettement cette zone douloureuse qui siège toujours aux alentours de la cicatrice de l'appendicectomie antérieure. Spontanément, ou à la suite de fatigues, après une station debout prolongée s'éveille une crise aiguë, avec des irradiations constantes pour chaque malade.

Ces crises peuvent encore être provoquées par certains mouvements très particuliers : l'action de se baisser, de se relever de la position accroupie, la station unilatérale sur la jambe gauche avec cambrure du torse en avant.

Elles peuvent survenir à la suite d'un excès alimentaire d'un écart de régime ou au moment de la défécation ; leur intensité est variable, certaines peuvent même prendre le type des grandes crises sympathiques abdominales avec anxiété extrême et sueurs profuses.

Leurs irradiations sont constantes pour chaque malade : irradiations épigastriques, péri-ombilicales, intercostales, plus rarement vers la région fessière,

vers le membre inférieur droit ou plus profondément vers les fosses lombaires.

L'état général n'est pas toujours très atteint. L'état nauséux est constant il en résulte une diminution nette de l'appétit avec anorexie élective pour certains aliments que l'expérience de chaque malade lui montre particulièrement nocifs. Habituellement il n'y a pas de température, mais, parfois la température peut monter au moment des crises et Haller dans sa thèse insiste sur ces élévations thermiques qui pourraient simuler des crises aiguës ou subaiguës d'appendicite, si l'appendicectomie n'avait été antérieurement pratiquée.

Les troubles intestinaux ont souvent chez ces malades une allure clinique assez particulière, associées ou non à la constipation des évacuations diarrhéiques surviennent presque immédiatement après les repas, très fétides, impérieuses elles peuvent s'accompagner d'épreintes et de ténésme.

2° Un certain nombre de malades se présentent comme des dyspeptiques (obs. XXVIII à XXXV) ; l'attention n'étant pas attirée particulièrement sur leur « balafre », le diagnostic habituellement s'égare vers la probabilité d'une lésion pylorique ou duodénale (obs. XXXVI à XXXVIII) ; les signes fonctionnels précisés par l'interrogatoire sont avant tout des signes de gastropathie parmi lesquels il est fréquent de retrouver les grands signes de

l'ulcus gastrique ou duodénal : brûlures, crampes épigastriques avec irradiations en broche précédées de renvois, accompagnées de pyrosis, de sialorrhée et calmées parfois par des vomissements à saveur acide. Ces crises surviennent le plus souvent sans horaire fixe ; elles affectent parfois le type tardif survenant deux ou trois heures après les repas.

L'examen montre en dehors des points douloureux épigastriques et de la contracture des droits, du clapotage à jeun des plus manifestes.

Le tubage à jeun donne un liquide d'hypersecretion gastrique sans résidu alimentaire.

Après repas d'épreuve, les renseignements fournis par le chimisme gastrique sont variables et l'hyperchlorhydrie n'est pas habituelle.

Chez trois de nos malades le diagnostic d'ulcère du duodénum avait été envisagé en raison des troubles fonctionnels très particuliers qu'ils présentaient. Les crises douloureuses épigastriques étaient plus tardives et surtout plus marquées à droite de la ligne médiane, survenant de trois à quatre heures après les repas et pouvant prendre le type de cette douleur nocturne survenant vers minuit calmée par l'ingestion d'une tasse de lait ou de quelques biscuits si caractéristique de l'ulcère. Le mœlena constaté à plusieurs reprises sous forme d'hémorragies abondantes ou d'hémorragies occultes était un élément de plus en faveur de ce diagnostic.

Mais, en serrant l'interrogatoire de plus près, il est constant chez de tels malades de retrouver la douleur

iliaque droite spontanée et provoquée à distance par l'examen de la région épigastrique. Entre les crises douloureuses il n'y a jamais ou presque jamais d'intervalle libre ; il subsiste souvent un endolorissement permanent du flanc droit et de la région épigastrique et surtout il y a la cicatrice iliaque douloureuse et les points douloureux particuliers que nous avons décrits. On y retrouve les périodes de constipation coupées de ces débâcles diarrhéiques sur lesquelles nous avons déjà insisté. Enfin les crises douloureuses gastriques ne se produisent pas toujours suivant un horaire fixe ; elles sont volontiers capricieuses dans leur apparition.

3° Un troisième type clinique (observations XXXIX à XLIII) où dominent les signes d'une subobstruction du côlon droit peut-être individualisée. L'état général est plus altéré que dans les formes précédentes : la pâleur, l'amaigrissement, la fétidité de l'haleine, l'asthénie physique et psychique s'associent à des migraines intenses, à une insomnie très caractérisée et à des douleurs articulaires fugaces.

L'interrogatoire permet de retrouver chez ces malades un endolorissement permanent de la fosse iliaque droite, avec douleur diffuse sur le trajet du côlon jusque dans la fosse iliaque gauche. A l'examen, on retrouve les mêmes signes de douleur provoquée dans la zone de la cicatrice, au niveau du cæcum et plus particulièrement dans la région de l'angle cœlique droit.

A la palpation, le cæcum est douloureux spasmé, parfois clapotant.

Les digestions sont lentes et pénibles, s'accompagnent de ballonnement épigastrique, l'anorexie est très marquée et l'état nauséeux presque continu.

Enfin la constipation est habituelle et nécessite des purgations répétées.

Sur cet état chronique peu distinct dans ses symptômes de la forme commune précédemment décrite, l'intensité de l'altération de l'état général mise à part, se greffent des crises plus aiguës et plus caractéristiques ; elles correspondent à une période de constipation plus longue que d'habitude. Elles suivent parfois un repas trop copieux et les écarts de régime.

Il survient alors des coliques douloureuses plus ou moins intenses suivant les sujets mais plus particulièrement localisées à droite de la ligne médiane, du ballonnement abdominal avec tympanisme local, de l'exagération de l'état nauséeux habituel qui peut aller jusqu'aux vomissements au moindre essai d'alimentation et des évacuations diarrhéiques précédées de sensations subjectives, caractérisées parfois par ces bruits particuliers, musicaux, bien connus des malades. La diarrhée est suivie habituellement d'une sédation nette des douleurs.

Les caractères de cette diarrhée sont importants à préciser : une bonne étude en a été donnée dans une communication de P. Duval et Jean-Charles Roux à la

Société de Chirurgie (4 mars 1914) : « si la muqueuse n'est pas fortement altérée, les selles ont une couleur jaunâtre, une odeur butyrique ; elles sont souvent aérées et fermentent rapidement dans le vase, par suite de leur richesse en amidon et en levure.

Au contraire, si la muqueuse présente des altérations profondes, il se produit à ce niveau une exsudation séreuse, ou séro-albumineuse abondante qui se putréfie rapidement, donne aux fèces une odeur caractéristique et pour un même régime alimentaire une coloration d'autant plus noirâtre que la putréfaction est plus avancée. On reconnaîtra parfois des fragments de mucus, provenant du cæcum et de l'extrémité inférieure du grêle et dont la coloration jaune par la bilirubine est caractéristique ».

4^e M. Enriquez, dans son article du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, (10 juin 1920), décrit enfin une forme très particulière de séquelles de l'appendicite chronique.

Quelques mois après l'intervention surviennent des signes généraux à évolution progressive, fatigue rapide, amaigrissement, signes d'anémie, pâleur, palpitations, dyspnée d'effort, asthénie profonde, avec faiblesse générale. Une petite fièvre vespérale persistante s'accompagnant de sueurs et provoquée nettement par la marche ou les essais d'une vie plus active complète le tableau clinique. Il est fréquent, dans ces cas, de trouver à l'examen un foie un peu

gros, une rate hypertrophiée et pour déceler cette splénomégalie il est nécessaire de percuter le malade dans la position verticale. A ces signes s'associent des troubles digestifs, souvent vagues et imprécis : perte de l'appétit, digestions pénibles, constipation, avec crises diarrhéiques intercurrentes.

Ces cas qui répondent anatomiquement à de l'épiloïte chronique sont singulièrement améliorés par l'intervention chirurgicale. Chez une malade de M. le professeur Gosset et d'Enriquez, l'intervention pratiquée après l'échec d'un traitement médical prolongé eut les plus heureux résultats.

Evolution. — Certaines de ces formes peuvent s'améliorer médicalement, mais, dans la grande majorité des cas, l'évolution est le plus souvent progressive. Malgré un régime sévère, les antispasmodiques et les cures prolongées dans les stations hydrominérale les crises se répètent, les intervalles qui les séparent diminuent de plus en plus tandis que leur intensité s'accroît parallèlement ; l'amaigrissement augmente les malades prennent l'aspect d'intoxiqués avec un faciès très spécial, ce teint terreux, cet état d'asthénie profonde et d'apathie intellectuelle sur lesquels les auteurs insistent à juste titre. Les troubles nerveux finissent par prendre chez certains sujets très prédisposés un caractère d'intensité toute particulière ; ce sont des désaxés, des déprimés, de grands neurasthéniques restreignant volontairement leur alimentation pour échapper aux crises douloureuses. Une de nos malades a

présenté la veille de l'intervention des crises convulsives qui la jetaient hors du lit ; dans ses antécédents nous n'avons pu noter d'accidents semblables, et les crises ne se sont plus d'ailleurs manifestées par la suite.

Au cours de l'évolution il faut craindre des accidents subits qui peuvent prendre immédiatement un caractère de haute gravité.

Courciéras, dans sa thèse, signale deux cas d'occlusion intestinale aiguë survenue tardivement après l'appendicectomie. Dans un cas (A. Broca, *Leçons cliniques*) le malade avait été opéré d'appendicite chronique quatorze ans auparavant, après l'intervention il avait présenté des troubles gastro-intestinaux assez vagues et imprécis, périodes de constipation douloureuse suivies de débâcle diarrhéiques ; brusquement l'occlusion se constitua, l'intervention pratiquée d'urgence montra des adhérences du grêle au cæcum faciles d'ailleurs à dissocier, et fut suivie de guérison complète.

Un enfant de 13 ans 1/2 opéré d'appendicite chronique en 1897, présente brusquement le 29 juin 1898 des signes d'occlusion intestinale aiguë ; opéré d'urgence, l'enfant succombe et l'autopsie montre un paquet d'anses agglutinées derrière le cæcum et le côlon ascendant.

Diagnostic. — Il est souvent très délicat ; les malades qui se présentent à nous ont été le plus souvent opérés par d'autres chirurgiens. On manque de renseignements essentiels sur les signes qui avaient

nécessité l'intervention ; l'appendice a-t-il été enlevé dans sa totalité ? Y avait-il au moment de l'intervention première des lésions associées ?

Le plus souvent il est difficile d'établir un lien entre l'opération antérieure et les troubles accusés par le malade pour peu que la cicatrice soit correcte, indolore et que le malade se présente avec un syndrome dyspeptique très caractérisé.

Pour nous, la seule notion de l'appendicectomie antérieure doit tout d'abord éveiller l'attention sur une de ces séquelles si fréquentes pour Enriquez et à l'étude desquelles il a tant contribué.

Il faut tout d'abord faire préciser les manifestations cliniques de l'appendicite opérée antérieurement et surtout l'évolution post-opératoire.

Y a-t-il eu disparition totale mais momentanée des symptômes ou seulement une simple atténuation de ceux-ci ?

Y a-t-il identité entre les signes anciens et ceux qui provoquent le nouvel examen ?

Le plus souvent, la seule clinique reste impuissante à résoudre le problème. Les signes de présomption tirés de l'examen clinique et de l'interrogatoire ne sont pas des signes de certitude : ils demandent une confirmation radiologique.

Examen radiologique. — Trois repas sont donnés aux malades la veille de l'examen : 200 gr. de gélobarine en trois prises, dix-sept heures, treize heures, neuf heures avant l'examen. Le sujet doit rester à jeûn depuis 6 heures du soir il a pris un

lavement évacuateur avant la dernière prise de gélatine.

On pratiquera successivement un examen radioscopique dans la position verticale, puis dans la position couchée ; il est de toute nécessité, au cours de l'examen debout, de faire ingérer au malade un lait baryté pour étudier l'évacuation gastrique et duodénale et les déformations possibles de la région pyloro-duodénale.

A l'état normal, le repas baryté arrive dans le cæcum de la quatrième à la sixième heure, de la sixième à la huitième heure il remplit le côlon ascendant et l'angle cœlique droit ; il y séjournera durant douze à quinze heures. La tête du repas opaque atteint généralement de la sixième à la vingtième heure le côlon descendant et l'ampoule rectale où il peut stagner jusqu'à la vingt-quatrième heure et au-delà.

Les résultats fournis par l'examen radioscopique ont été précisés par Enriquez dans son article du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* ; nous les reproduisons intégralement pour leur laisser toutes leurs qualités de clarté et de précision.

« Dans un premier type de malades, les schémas orthodiagrammés nous ont fourni les images suivantes :

« 1° L'estomac est tonique ou même hypertonique, souvent avec hyperkinésie rarement hypotonique ; son axe n'est pas vertical il présente une direction générale nettement oblique de gauche à droite, le

pylore fortement attiré vers l'angle cœlique droit.

« 2° La portion terminale du côlon ascendant au lieu de présenter une direction de bas en haut et de gauche à droite offre une direction inverse, si bien que cet angle est fortement ramené vers la ligne médiane dans la direction du pylore. Cet angle reste fermé dans la position couchée alors que normalement il doit s'ouvrir largement à angle droit. Cette fermeture de l'angle se prolonge souvent sur une certaine longueur et se manifeste par un accollement en canon de fusil du côlon ascendant et de la première portion du transverse, qu'on n'arrive pas à séparer l'un de l'autre.

« 3° Le cæcum peut être modifié dans sa forme, mais surtout, point sur lequel j'ai insisté avec mon élève Gutmann, à propos des formes claudicantes d'appendicite chronique, on constate la fixité de son extrémité inférieure qui ne remonte pas dans la position couchée ; alors que l'angle cœlique droit remonte de 3 à 5 centimètres.

« 4° Dans tous les cas il existe un retard plus ou moins marqué de l'évacuation iléale dans le cæcum qui se caractérise par la visibilité des dernières anses grêles, dix, douze heures et même davantage après la dernière prise.

« 5° Enfin, la palpation directe sous l'écran, permet de localiser exactement les principaux points douloureux ; il n'est pas rare en dehors de la région de la cicatrice appendiculaire de trouver d'autres points plus haut placés, ne correspondant nullement au tra-

jet colique lui même, ne suivant pas ses déplacements, situés tantôt au-dessus plus souvent au-dessous de lui et que, dans ces conditions on est en droit de rapporter à une réaction péritonéale, le plus souvent à l'épiploïte, surtout quand cette zone douloureuse correspond exactement à cette portion de la paroi qui a fourni la sensation de rénitence, de corde et de tumeur. Enfin la rate, souvent augmentée de volume, est également visible à l'écran.

« Dans la seconde catégorie d'appendicectomisés, nous avons notés les images radioscopiques suivantes :

1° L'estomac du type atonique montre le crochet caractéristique de la ptose, son axe général reste vertical, la région pylorique est plus ou moins dilatée ;

2° Le gros intestin est également ptosé, les deux angles abaissés et le transverse derrière le pubis.

3° Le cæcum, très bas situé dans la position debout, est difficile à reconnaître dans son extrémité inférieure du fait que l'image opaque représente en cet endroit la résultante de trois portions différentes d'intestin situées respectivement sur trois plans différents, dernières anses grêles, cæcum et sigmoïde.

« Dans la position couchée, en règle générale, le côlon remonte dans son ensemble, mais il faut savoir que le transverse peut rester fixé en position basse sans qu'il soit retenu par la moindre adhérence. Par contre, le cæcum remonte très haut, l'ascension de son extrémité inférieure atteint et dépasse 10 centimètres.

4° L'ascension du cæcum, dans la position couchée, met facilement en évidence une stase iléale très prononcée, les dernières anses grêles descendent elles aussi très bas et forment une masse pelotonnée à contours polycyclique appendue au bord interne du cæcum par une anse grêle de calibre réduit qui représente la dernière anse iléale.

« En résumé, ptose gastro-colique, accompagnée ou non de caecum mobile et de coudure de Lane, c'est-à-dire syndrome mécanique qu'on est en droit d'opposer au syndrome inflammatoire de la première forme. »

On pourra compléter les données de cet examen par le lavement baryté qui renseigne sur l'état de spasmodicité du gros intestin et les obstacles que le liquide opaque peut trouver sur son trajet.

Enfin, un cliché radiographique sera parfois nécessaire pour fixer d'une manière précise les altérations de forme de l'image cæcale, du côlon ascendant et de l'angle côlique sous-hépatique.

Examen hématologique. — Pour M. Enriquez, l'examen hématologique chez de tels malades peut donner des indications complémentaires utiles pour le diagnostic. Le prélèvement de sang doit se faire à jeun, de onze heures à midi, et on se servira de l'hématimètre de Hayem, avec coloration au Tribondeau.

La formule leucocytaire et normale est la suivante :

Leucocytes	5 à 6.000 par mmc.
Eosonophiles	1 à 2 0/0 —
Polynucléaires.....	63 à 66 0/0 —
Grands mononucléaires.....	4 à 8 0/0 —
Moyens mononucléaires et lymphocytes.	20 à 30 0/0 —

Dans un travail de laboratoire du Dr Enriquez (Ed. Antoine, G. H. n° 1, 1922), 16 cas de séquelles d'appendicectomie ont été étudiés au point de vue hématologie. Les résultats ont été les suivants :

Leucocytose moyenne (10 à 15.000).

Dans 50 0/0 des cas, polynucléose nette au-dessus de 70 0/0.

Mononucléose légère ou formule normale dans 50 0/0. Dans un cas, une éosinophilie de 5 0/0.

Dans une communication orale plus récente, M. Enriquez a attiré notre attention sur l'importance qu'il attache à l'inversion de la formule leucocytaire (mononucléose et lymphocytose) dans le diagnostic de l'épiploïte chronique.

L'impossibilité de pratiquer ces investigations radiologiques explique que de nombreuses erreurs de diagnostic ont été commises.

La forme anémique a été prise pour une tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire profonde.

Dans les formes gastrique et duodénale, l'erreur commise a été de croire à un ulcère de l'estomac ou à un ulcère duodénal.

La tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite a fait poser le diagnostic de tumeur du cæcum et de tuberculose iléo-cæcale.

Dans une de nos observations, une séquelle d'appendicite chronique avait été prise et soignée sans résultat depuis de longs mois pour une péritonite tuberculeuse.

TROISIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE DES SÉQUELLES POST-OPÉRATOIRES DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Les causes possibles de ces échecs ont fait l'objet de nombreux travaux. Les discussions ouvertes sur cette importante question n'ont pas reçu de sanctions définitives, et l'accord paraît loin encore d'être fait.

En Allemagne et en Suisse, on a fait jouer dans les syndromes douloureux de la fosse iliaque un rôle prépondérant au cæcum, l'appendicite chronique n'étant le plus souvent qu'un élément très accessoire et négligeable pratiquement.

En Angleterre et en Amérique, la stase intestinale chronique, liée à des malformations congénitales du tractus intestinal a surtout attiré l'attention des chirurgiens.

En France, sous l'impulsion de Walter et de ses élèves l'épiploïte chronique, complication fréquente de la cœlite et de l'appendicite chronique et nécessitant à elle seule un traitement chirurgical direct, a pris une importance capitale.

Nous passerons en revue ces théories pathogéniques et nous verrons dans quelle mesure elles

peuvent s'accorder avec les constatations opératoires qui ont été relevées dans nos observations.

I

En 1908, Wilms, après Haussmann, frappé de la persistance des troubles douloureux après l'intervention pratiquée pour des appendicites chroniques à manifestations cliniques très atténuées (l'examen histologique n'ayant montré que des lésions anatomiques très légères) attribue la persistance des troubles douloureux à un état de mobilité exagéré du cæcum, lié à une longueur excessive de l'organe pouvant aller de 10 jusqu'à 15 centimètres. La fixation secondaire de ce cæcum par un procédé personnel, d'ailleurs compliqué, guérissait définitivement ces malades.

Au XL^e Congrès allemand de Chirurgie de 1911, Wilms élargit encore le débat. Pour cet auteur les troubles douloureux de la fosse iliaque droite étiquetés à tort appendicite chronique, peuvent être créés par une série de troubles très divers.

Par des adhérences péri-appendiculaires, péricæcales, péricôliques, produisant des tiraillements des mésentères au moment de la réplétion de l'intestin.

Par des mouvements de flexion ou de torsion du gros intestin se produisant au niveau du cæcum ou de la flexure sous-hépatique et entraînant ainsi une occlusion intestinale passagère.

Les anomalies désignées sous le nom de cæcum mobile, de typhlospasme, de typhlatonie, de typhlec-

tasie, n'ont rien de commun avec les troubles précités. Dans ces cas, le fait pathogénique essentiel est constitué par la stagnation prolongée au delà de vingt-quatre heures des matières fécales dans le cæcum ; la cause de cette stagnation réside dans le travail antipéristaltique du côlon ascendant, facteur essentiel des douleurs dues au tiraillement exercé par le cæcum sur le mésentère intestinal ou par l'appendice sur son méso.

La fixation du cæcum fait non seulement disparaître ces douleurs, mais agit sur la constipation habituelle chez ces malades (75 o/o de succès).

En cas de cæcum très dilaté après échec du traitement médical, Wilms recommande la résection cæcale et l'iléotransversotomie complémentaire.

Stierlin rapporte en 1910, 37 observations de cæcopexie pour cæcum mobile et insiste après son maître Wilms, sur la difficulté qu'il y a à distinguer les pseudo-appendicites chroniques du cæcum mobile dont le diagnostic n'est d'ailleurs pratiquement jamais fait.

Puis en 1911, au même Congrès allemand de Chirurgie, Stierlin attribue les troubles douloureux de la fosse iliaque droite, non plus à la stase cæcale, mais à la stase colique : cette stase peut relever d'un spasme musculaire ou d'un obstacle mécanique. De tels états sont justifiables de l'iléotransversotomie.

Klose rapporte 134 cas de cæcum mobile et insiste sur un nouveau facteur pathogénique, la torsion, la coudure du cæcum sur lui-même : des trois bande-

lettes musculaires longitudinales l'antérieure anormalement plus développée déterminerait un mouvement de rotation du cæcum sur son axe vertical avec flexion secondaire du fond sur la portion terminale de l'organe, ce mouvement se complétant, on pourrait arriver ainsi au volvulus définitif. Le cæcum hypertrophié d'abord, se laisse ensuite dilater et la dilatation cæcale entraînant la ptose du transverse amènerait dans certaines conditions la fermeture de l'angle splénique. L'appendicite chronique peut d'ailleurs secondairement en résulter. L'auteur signale encore l'existence de brides inflammatoires péricæcales, péricôliques qu'il est nécessaire de détruire au cours de l'intervention.

Hoffmeister isole la typhlectasie de la soi-disante appendicite chronique. Ses constatations opératoires lui ont montré dans ces cas des sténoses partielles du côlon droit avec dilatation cæcale par brides cicatricielles. L'auteur propose dans les cas récents la libération des brides au thermocautère, et dans les cas invétérés la typhlotransversotomie qui lui a donné 21 succès.

Rehn enfin, au même Congrès de Chirurgie allemand, déclare qu'il a pratiqué, depuis 1904, 154 cæcoplexies en fixant la bandelette latérale du cæcum au péritoine pariétal. Dans ses résultats, il accuse 89 0/0 de guérisons complètes et 11 0/0 d'échecs.

Mais au même Congrès, des objections s'élèvent. Sonnenburg montre que la mobilité cæcale est fréquente et n'a rien en elle-même de pathologique, elle

est même nécessaire au bon fonctionnement de l'organe, la majorité des sujets opérés d'appendicite chronique guérissent sans intervention complémentaire sur le gros intestin. La typhlocôlite peut d'ailleurs affecter primitivement le cæcum et le cæcum mobile ne devient pathologique que lorsqu'il est le siège de typhlocôlite.

Dreyer pose les deux questions suivantes: le cæcum mobile est-il pathologique? La cæcopexie de Wilms correspond-t-elle à un état physiologique?

Sur 107 cadavres, Dreyer a trouvé soixante-sept fois des cæcums mobiles, la cæcopexie ne répond donc pas à un état anatomique habituel.

De plus, Dreyer et Fromme rappelant qu'au cours de la grossesse le cæcum soulevé se trouve au-dessus de la ligne bi-iliaque se demandent si la cæcopexie ne pourrait pas provoquer des accidents graves de coudure intestinale au cours de la gestation.

Gœbel (de Kiel) ne considère pas la mobilité cæcale comme un état anormal.

Enfin Fischler, au XXVIII^e Congrès allemand de Médecine interne (avril 1911) déclare qu'on opère nombre de malades atteints d'appendicite chronique chez lesquels à l'opération on ne trouve souvent rien d'anormal au niveau de l'appendice; les symptômes évidents qu'on avait notés sont attribués à tort à une mobilité excessive du cæcum que révélait l'intervention. Les chirurgiens, dit-il, exagèrent l'importance de cette mobilité cæcale normale chez un grand nombre d'individus. La cause des troubles douloureux pré-

sentés par le malade, est due à une mobilité insuffisante, liée à une infection catarrhale chronique de la muqueuse du cæcum ; cette typhlatoxie nécessite un traitement purement médical.

Heile (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1921, n° 15) vient d'attirer l'attention tout récemment sur une nouvelle cause des séquelles douloureuses de l'appendicéctomie ; l'auteur incrimine le spasme du muscle iléo-côlique qui constitue un véritable sphincter au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum. Difficile à mettre en évidence radiologiquement, le diagnostic clinique n'en est pas moins délicat. Ce spasme iléo-côlique serait souvent la cause de ces phénomènes douloureux et fonctionnels de la fosse iliaque droite étiqueté à tort appendicite et qui subsistent après l'intervention. Le spasme iléo-côlique est justiciable d'un traitement spécial : la section du muscle iléo-côlique : un doigt invaginant le cæcum refoule la valvule et s'insinue dans l'embouchure de l'iléon ; sur ce doigt on incise transversalement la séreuse et on coupe alors les fibres transversales du muscle iléo-côlique dont la section complète doit mettre à nu la muqueuse que l'on plisse par quelques points. Depuis 1916, Heile a fait douze fois cette opération chez des malades qui avaient été appendicéctomisés antérieurement, et vingt-trois fois dans des cas de prétendue appendicite chronique non encore opérée. Chez tous ses opérés les douleurs et la constipation ont disparu, mais comme le fait remarquer Lenormant (*Journal de Chi-*

rurgie, t. XVIII, n° 3), tous ces malades avaient subi en même temps l'ablation de l'appendice et une moitié environ la cæcoplicature.

2° A la théorie allemande du cæcum mobile et de la typhlectasie, s'opposent deux conceptions, une conception américaine (Jackson) et une conception anglaise (Lane).

Jackson intervenant à nouveau sur une de ses opérées d'appendicite chronique et enlevant avec le même insuccès l'un puis l'autre ovaire, remarque au cours de cette dernière intervention, un voile membraneux tapissant le côlon au-dessus du cæcum, il laisse en place ce voile et sa malade continue à souffrir. Dans la suite, intervenant pour appendicite chronique et faisant de plus grandes incisions, Jackson retrouve ce voile membraneux à disposition très particulier auquel il attribue une origine inflammatoire et dont la description suivante fut donnée par son anatomo-pathologiste Frank Hall.

« D'un point situé juste à la flexure sous-hépatique jusqu'à trois pouces au-dessus du cæcum s'étend du péritoine pariétal, jusqu'à la bande longitudinale interne, un mince voile dans lequel courent des vaisseaux sanguins, longs et droits non anastomosés. Beaucoup d'entre eux non parallèles d'abord prennent une direction légèrement spirale le long de l'intestin depuis l'attache péritonéale en haut et se terminent en bas juste au-dessus de la tête du cæcum. L'appen-

dice n'est nullement intéressé. Courant avec les vaisseaux, sont de nombreuses bandes brillantes et étroites de tissus connectif qui s'élargissent graduellement et finissent par une attache nettement en éventail sur des points différents de la surface antérieure et externe du côlon. En ces points, l'intestin est retenu par une plicature rigide. La pièce donne à l'œil l'idée qu'une couche de liquide d'œdème se trouve sous la mince membrane, ne rappelant rien aussi bien que l'arachnoïde œdémateuse rencontrée si souvent en enlevant la dure-mère du cerveau d'un alcoolique. Le côlon semble placé dans un sac diaphane légèrement trop court pour le contenir sans le plisser. Au commencement de la flexure hépatique la membrane contractée angule le côlon contenu. De-ci de-là des taches de graisse au-dessous du voile. En remuant la pièce, le côlon glisse dans son sac sans entière liberté comme un fœtus dans son sac amniotique. »

Jackson a isolé chez ces malades un syndrome clinique caractérisé par une douleur vague dans la fosse iliaque droite et sous le rebord costal, sensation de tension profonde ou de douleurs plus aiguës, qui, lorsqu'elles siègent au niveau du point de Mac Burney pourraient faire croire à l'existence d'une appendicite chronique; toutes ces sensations douloureuses sont d'autant plus marquées que la constipation s'accroît davantage. Des irradiations apparaissent alors vers la douzième côte et dans le territoire des nerfs abdomino-génitaux. La constipation améliorée

par le régime d'abord cède ensuite moins facilement aux laxatifs. Douleurs et constipation se présentent sous forme de véritables crises d'une durée variable de quelques instants à une heure entière. Les douleurs cèdent à une évacuation diarrhéique précédée d'émissions gazeuses par l'anús et il n'est pas rare qu'elles s'accompagnent de troubles gastriques très accentués. Jackson attache une grosse importance à l'absence habituelle de température, de contracture réflexe de la paroi à droite de la ligne médiane et à la constatation à jeûn, dans la fosse iliaque droite, d'un boudin allongé très caractéristique. Fluctuant, clapotant, tympanique à la percussion ce boudin disparaît à la pression appuyée en même temps que se produit un gargouillement à tonalité spéciale ; il faut noter de plus l'absence habituelle de douleurs provoquées au niveau du cæcum et de la partie basse du côlon, signe capital de péri-côlite (Jackson et Marshall Flint).

Le caractère progressif de ces troubles finit par provoquer une altération de l'état général avec dépression nerveuse, des modifications particulières du tégument, des douleurs articulaires, et favorise le développement d'une tuberculose pulmonaire.

Dans sa thèse, Leveuf, donne une bonne description des signes cliniques et radiologiques de la péri-côlite membraneuse et oppose à la théorie inflammatoire de Jackson, une théorie congénitale en s'appuyant sur 50 examens de cadavres de nouveaux-nés : la membrane, avec toutes ses variétés ne serait

que le reliquat du cul-de-sac épiploïque droit de l'embryon. Mais la membrane ne peut suffire à expliquer la plupart des lésions et des symptômes observés, ces phénomènes relèvent d'une cœlite segmentaire favorisée par la présence de la membrane et peut-être aussi par une disposition congénitale du cæco-côlon (excès de longueur) augmentant à son niveau la stase normale des matières.

En 1904, Sir Arbuthnot Lane attire l'attention sur les fausses appendicites qui dérivent de la stase intestinale chronique localisée à la termination de l'iléon et au cæco-côlon ou généralisée à tout le conduit intestinal.

Le phénomène essentiel primitif est la ptose des viscères autour d'un certain nombre de points fixes : premier coude duodénal, angle duodéno-jéjunal, angle cœlique droit, angle cœlique gauche et côlon sigmoïde. Des ligaments normaux se fixent à chacun de ces points, en cas de stase et de dilatation des segments sous-jacents ils deviennent pathologiques, s'élargissent créant ainsi des soudures et des sténoses. Au niveau des inflexions sous-hépatiques, spléniques sigmoïdes, zones de stase maxima, il se produit des inoculations septiques se traduisant hors de l'intestin par des lésions de péritonite localisée et au niveau de l'intestin par des lésions de cœlite pouvant aller jusqu'au rétrécissement inflammatoire ; les parois intestinales s'atrophient puis se dilatent ; la stase peut être localisée au cæcum, à l'S iliaque

ou généralisée à toute la continuité de l'intestin.

Le cæcum est élongué, distendu, le calibre en est considérablement accru par suite son extrémité inférieure atteint le plancher du petit bassin dont il peut remplir la cavité ; la portion du cæcum et du côlon ascendant au-dessus du petit bassin est maintenue par des adhérences qui se développent entre leurs faces postérieures et la paroi abdominale. On voit se former deux groupes d'adhérences en dehors et en dedans du cæcum. Du côté externe les adhérences atteignent souvent l'appendice au niveau de sa base d'abord, puis au niveau de sa partie moyenne. La traction exercée sur l'appendice par le cæcum alourdi et épaissi en coude la portion distale libre sur la portion proximale, la lumière appendiculaire est ainsi plus ou moins obturée ; il se constitue donc une cavité close appendiculaire prédisposant singulièrement à l'infection de l'appendice.

D'autre part, le cæcum en s'abaissant tend à entraîner la fin de l'iléon, celle-ci fixée par le mésentère résiste ; ainsi se constitue un ligament interne qui fixe l'iléon terminal à deux pouces environ de l'angle iléo-cæcal. Dans la position verticale, le cæcum tendant à descendre, ce ligament latéral interne se tend et coude l'iléon à 10 ou 15 centimètres de sa terminaison.

Le côlon transverse descend plus ou moins bas entre ses deux points fixes ; l'angle sous-hépatique et l'angle splénique tendent à se fermer et si des adhérences se constituent entre le côlon ascendant et l'anse droit du

transverse l'accolement en canon de fusil est réalisé.

Cliniquement, la stase intestinale localisée aux derniers centimètres de l'iléon, au caecum et au côlon ascendant réalise une symptomatologie comparable à celle de l'appendicite chronique qui complique d'ailleurs très fréquemment la stase intestinale : douleurs à droite, coliques douloureuses, météorisme localisé cédant à une évacuation rectale ou tumeur gargouillante survenant par crises dans l'intervalle desquelles il subsiste un endolorissement permanent de la fosse iliaque droite au voisinage ou au niveau du point de Mac Burney. La stase iléale et la stase colique exagèrent de plus les courbures pyloro-duodénales et duodéno-jéjunales et dans ces cas se surajoutent au tableau clinique des tableaux gastro-duodénaux qui égarent le diagnostic et nécessitent parfois des interventions inutiles sur l'estomac.

En France, Lardennois (Ptoses du cæcum, *Presse médicale*, 1910, n° 45) pense qu'à côté de l'appendicite chronique il faut faire place aux ptoses du cæcum d'ordre congénital liées à une longueur exagérée de l'organe ou à un défaut d'accolement du méso-côlon ascendant. Créée par une malformation congénitale la ptose tend à s'accroître. Il y a d'abord lutte contre l'obstacle avec hypertrophie pariétale et secondairement dilatation et stase. C'est essentiellement une maladie de la femme, donnant lieu dans la majorité des cas à des accidents d'allure chronique.

Lardennois isole trois types cliniques : un type léger, un type plus accentué caractérisé par une

douleur iliaque droite, sourde, spontanée ou provoquée par la fatigue, les secousses, un repas trop copieux, exagérée par le décubitus latéral droit et calmée par le décubitus latéral gauche. Cette douleur profonde qui peut n'être qu'une simple sensation de tiraillement siège au-dessous du point de Mac Burney, parfois plus en dehors vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Les douleurs durent quelques heures, avec des paroxysmes d'intensité variable, la température montant de quelques dixièmes de degrés et elles se terminent fréquemment par une émission gazeuse suivie d'une évacuation diarrhéique. Dans le troisième type, il s'agit de constipées avec rétention cæcale permanente, la fin des garde-robes est fétide, diarrhéique, on y trouve souvent du mucus et des fausses membranes. Ces malades accusent dès sensations douloureuses dans le flanc droit plus ou moins intenses et plus particulièrement pendant les périodes de constipation. De temps à autre des crises aiguës surviennent avec des périodes de diarrhée et l'affection prend le masque de l'entérocolite.

L'examen physique ne donne que peu de renseignements; en palpant la fosse iliaque doucement et progressivement, en allant de bas en haut, sous la paroi souple on trouvera une tumeur molle, fluctuante, gargouillante, faisant parfois saillie. La position de cette tumeur varie si on met la malade en position déclive ou en position latérale gauche. Si l'on refoule vers le cæcum le contenu du côlon trans-

versal et du côlon ascendant on provoque une sensation douloureuse intense dans la fosse iliaque droite. Lorsqu'on refoule de bas en haut, sans violence le contenu du cæcum prolabé, la douleur disparaît et tant que la main comprimera le cæcum toute sensation douloureuse est absente.

Secondairement, la ptose s'accroît et la stase s'établit progressivement avec l'altération de l'état général habituelle à ces états.

La ptose cæcale avec stase se complique fréquemment pour Lardennois d'appendicite et dans les formes associées l'appendicite prendra la première place dans le tableau clinique. Mais si l'appendicéctomie est « une assurance contre les complications possibles », l'opération limitée à l'appendice est insuffisante et doit être complétée par une action directe sur le cæcum, cæcopexie, ou cæcoplicature.

A la Société de Chirurgie (4 mars 1914), Pierre Duval fait une importante communication à propos de « la stase intestinale chronique par altération du côlon droit », souvent confondue avec l'appendicite chronique. Cet auteur isole différents types cliniques correspondant à des lésions anatomopathologiques variables : péricolite membraneuse, cæcum mobile, typhlectasie atonique et cæcotyphlite chronique dont il détermine les signes cliniques et radiologiques. A cette discussion prennent part Pierre Delbet, Hartmann, Cunéo et Mauclaire. Ce dernier auteur étudiant les rapports qui peuvent

exister entre la ptose, la dilatation, la mobilité cæcale et l'appendicite chronique, conclut à la possibilité de l'association de ces différentes lésions cæcales avec l'appendicite chronique. L'appendicectomy est justifiée, mais on doit traiter en même temps la lésion cæcale.

Plus récemment, Grégoire rapportant 52 observations de ce qu'il appelle « la dilatation douloureuse du côlon droit » (et plusieurs de ces malades avaient été appendicectomisés antérieurement sans résultat) se demande s'il existe un cas bien authentique de ce que l'on pourrait appeler appendicite chronique d'emblée c'est-à-dire sans poussées aiguës fébriles antérieures. Si l'appendice n'est pas en cause le cæcum et le côlon droit doivent par contre être souvent incriminés. En général, il existe dans ces cas une augmentation de volume du côlon droit. La douleur dit-il est le symptôme qui conduit le malade au chirurgien ; il s'agit d'une sensation de plénitude, d'élancements, de gêne douloureuse transitoire d'abord puis continue sans localisation fixe, variable d'une heure à l'autre comme intensité et comme siège, tantôt sous le rebord costal, tantôt sur l'arcade crurale tantôt à la partie moyenne de la fosse iliaque. Mais jamais il ne s'agit de douleurs nettes, précises localisées en un point déterminé.

Les malades signalent en outre un certain degré de constipation habituelle et parfois des alternatives de constipation et de diarrhée. Ces sujets sont amaigris, mais la partie sous-ombilicale de l'abdomen

bombe sensiblement dans la station verticale et par moments, plus à droite qu'à gauche. La douleur provoquée par l'examen affecte les mêmes caractères de diffusion que la douleur spontanée. La palpation douce permet d'apprécier la dilatation du côlon droit sous forme d'une saillie verticale souple et sonore à la percussion disparaissant à la pression plus appuyée avec une sensation spéciale de gros gargouillement, à moins que le côlon droit étant distendu par des matières on ne trouve à son niveau qu'un boudin de consistance pâteuse et mat à la percussion. La mobilité du côlon droit peut être mise en évidence en palpant le malade couché en décubitus latéral gauche jambes fléchies sur l'abdomen.

Cette affection peut évoluer sans grand fracas, mais s'accompagne à la longue d'altération de l'état général et de troubles gastriques. Il n'est pas rare d'observer des crises épisodiques plus aiguës apparaissant brusquement et se caractérisant par des douleurs abdominales très vives accompagnées de vomissements. Elles durent généralement quelques heures et cessent brusquement après une abondante débâcle de matières et de gaz. Mais signe capital la température est normale et l'absence de contracture musculaire de défense permet de trouver dans la fosse iliaque et le flanc droit où siège au maximum le ballonnement localisé une tumeur caractéristique dure régulière et fixe sans contractions péristaltiques.

L'examen radiologique met en évidence la dilata-

tion lisse et sans bosselure du cæco-côlon droit, la situation anormalement basse de ce segment intestinal, son extrémité inférieure étant le plus communément en dedans du détroit supérieur. On peut séparer sous l'écran les deux branches de l'angle côlique droit, mais parfois on pourra noter un accolement fixe en canon de fusil du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse.

Le remplissage par voie rectale permet d'apprécier les dimensions et la forme du côlon droit qui donne l'image d'un sac de forme piriforme sans bosselure à grosse extrémité inférieure : il est fréquent de noter un contour radiologique spécial du gros intestin qui dessine H majuscule, le transverse venant se brancher à angle droit sur la partie moyenne du côlon ascendant.

La dilatation douloureuse du côlon droit est due pour Grégoire à un trouble d'accolement des méso-intestinaux primitifs : soit par défaut d'accolement du seul côlon ou du côlon et de son mésentère, soit par accolement anormal. Ainsi peut se former la membrane de Jackson par un trouble d'évolution du cul-de-sac épiploïque droit, le côlon enveloppé d'un sac trop court doit se couder sur lui-même et entre deux coudures l'anse se gonfle et se distend.

II

Depuis 1898, M. Walter attire l'attention des chirurgiens sur des lésions fréquentes de l'épiploon liées à la cœlite et à l'appendicite chronique.

Au cours de nombreuses communications, à la Société de Chirurgie et aux Congrès de chirurgie de 1906 et d'octobre 1911 cet auteur en caractérise minutieusement les signes cliniques et les divers aspects pathologiques. D'importants travaux de Descomps (Mémoire de Médaille d'Or, 1905), de Haller (thèse de Paris, 1912), de Girou (thèse de Paris, 1912), de Duroselle (thèse de Paris, 1919), inspirés par Walter et basés sur de nombreuses constatations cliniques et opératoires, ont précisé d'une façon définitive cette importante association dans ses divers modes.

C'est ainsi que l'épiploïte chronique bien isolée de l'épiploïte aiguë à laquelle elle ne semble pas pouvoir succéder (Walter), peut se présenter suivant deux variétés anatomiques d'épiploïte chronique libre et d'épiploïte chronique adhérente. Entre ces deux variétés si différentes dans leur aspect extérieur un lien commun a pu être établi, la prédominance toujours nette, prépondérante, des lésions au niveau du bord droit et de la moitié droite du tablier épiploïque.

L'épiploïte chronique adhérente peut être plus particulièrement grave en raison des déformations mécaniques qu'elle est susceptible de créer au niveau du

cæcum, du côlon ascendant et de l'angle colique droit. C'est ainsi qu'un bon nombre de dilatations cæcales, d'accolement en canon de fusil du côlon transverse et du côlon ascendant, peuvent être les conséquences d'adhérences plus ou moins serrées d'un épiploon chroniquement enflammé se constituant avec une extrême fréquence au niveau de l'angle colique sous-hépatique. Des recherches anatomiques inédites de Descomps sur la vascularisation du grand épiploon, exposées dans les thèses de Haller et de Duroselle, éclairent la pathogénie de ces lésions d'épiploïte chronique au cours de l'appendicite et de la colite.

Les veines de la lame postérieure primitive du tablier épiploïque aboutissent à la veine splénique, celles de la lame antérieure à la veine mésentérique supérieure par la veine gastro-épiploïque droite. Les veines de la lame postérieure tributaires de la splénique drainent le sang de la moitié gauche de cette lame et quelquefois d'une portion de la lame antérieure, près du bord gauche. Les veines de la lame antérieure sont celles du système droit. La veine gastro-épiploïque droite va rejoindre en même temps que la pancréatico-duodénale la veine mésentérique supérieure à son passage sous le col du pancréas, ainsi se constitue un gros tronc veineux omento-gastro-pancréatico-duodéno-côlique qui est la grande voie de drainage du courant veineux du tablier épiploïque.

Les lymphatiques étant satellites des veines on

peut admettre la facilité des échanges lymphatiques entre le côlon ascendant et la moitié droite de l'épiploon ; cette propagation de l'infection lymphatique explique la localisation si typique de l'épiploïte chronique au bord droit du grand épiploon.

Haller, dans sa thèse, rapporte une statistique de 1.453 appendicectomies pratiquées par son maître Walter ; trois cent soixante-douze fois on a trouvé de l'épiploïte chronique libre, soit dans 25 0/0 des cas.

Sur ces 372 cas, il y avait 191 cas d'épiploïte chronique libre et 181 d'épiploïte chronique adhérente. Soixante-et-onze fois ces adhérences existaient au niveau de l'angle sous-hépatique du côlon. Les résultats opératoires chez ces malades où l'épiploectomie avait été associée à l'appendicite, ont été particulièrement favorables ; sur 45 malades d'hôpital, 36 guérisons complètes, 9 seulement avaient encore un côlon sensible à la pression et des poussées de cœlite à chaque écart de régime, mais un très bon état général. Sur 224 malades de la ville, 163 furent revus, avec 139 guérisons, 24 seulement présentaient des poussées de cœlite liées à des écarts de régime.

M. Walter insiste en outre sur les adhérences et les brides péricæcales, péricôliques, qui coupent la face antérieure de ces organes. Elles sont dues à une infection péritonéale légère au cours d'une épiploïte ancienne ou ne sont que des reliquats d'adhérences anciennes du grand épiploon au cæcum et au côlon ascendant.

Au XXIV^e Congrès de Chirurgie français Walter

conseillait « de toujours faire la toilette du côlon par cette série de petites opérations souvent longues et laborieuses, minutieuses, mais qui me semblent le complément indispensable de l'appendicectomie ».

L'appendice enlevé, l'épiploïte négligée ou méconnue continue sa lente évolution. Ainsi se constituent des relations étroites entre la cœlite, l'appendicite et l'épiploïte chroniques : si l'appendicectomie ne guérit pas toujours la cœlite qui l'a précédée, c'est que celle-ci est nécessairement aggravée et entretenue par des lésions méconnues de l'épiploon.

III

Le rôle des adhérences cicatricielles post-opératoires avait été déjà invoqué dans des publications antérieures aux travaux de Walter et de ses élèves.

Tavel au XVI^e Congrès de Chirurgie (1903) rapporte 3 observations de péricœlite cicatricielle post-opératoire chez 3 de ses opérés d'appendicite chronique.

Intervenant à nouveau chez ces malades, Tavel insiste sur la présence de brides péricoliques très vascularisées obliques en bas et en dedans de la paroi abdominale à la face externe du cæcum et du côlon ascendant ; ces brides peuvent se rétracter par la suite en brides cicatricielles qui étranglent le côlon dont l'état doit toujours être vérifié au cours de l'appendicectomie.

Pletnev, en 1906, écrit que l'appendicectomie ne semble pas toujours guérir définitivement les malades. Quelques mois après l'intervention, certains d'entre eux présentent de nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite avec constipation et altération de l'état général ; 3 échecs post-opératoires de cet ordre ont cédé au traitement médical : massages, faradisation et bains chauds. Cet auteur incrimine la diathèse arthritique créant du tissu conjonctif hyperplasié tendant à la dégénérescence fibreuse et, d'autre part, les relations fréquentes d'appendice à ovaire.

Mintz, rapporte cinq échecs opératoires, deux fois il dut réopérer pour rompre des adhérences qui s'étaient constituées entre la cicatrice cæcale et la paroi abdominale antérieure ; une de ces malades dut même subir une troisième intervention dix mois après pour de nouvelles adhérences cæco-pariétales.

Pour Zablonovsky, la réapparition des anciennes douleurs est due à la formation d'adhérences péri-cæcales et péricôliques qui peuvent provoquer des occlusions intestinales. Il peut s'agir parfois de la propagation au péritoine, de l'inflammation du cæcum, de mobilité excessive de cet organe et aussi de la persistance d'un fragment d'appendice.

Pour Girard de Genève, dans 25 o/o des cas l'appendicectomie est insuffisante ; elle ne donne de bons résultats qu'en cas de lésions appendiculaires isolées avec oblitération de la lumière de l'organe ou associées à des adhérences cæco-appendiculaires

ou pariéto-appendiculaires. Les typhlites et les côlites muco-membraneuses ne disparaissent qu'exceptionnellement après l'appendicectomie.

Dans les séquelles post-opératoires, il s'agit surtout de troubles provoqués par des adhérences péri-côliques et péricæcales, adhérences larges ou adhérences en brides plus étroites et beaucoup plus dangereuses, par ailleurs d'épiploïte chronique ou de lésions particulières créées par des néoformations séreuses, transparentes, lisses, vasculaires se formant autour d'un intestin chroniquement enflammé et constituant ce que l'auteur appelle la péri-typhlocôlite panneuse ou adhésive.

On doit d'abord essayer le traitement médical (Carlsbad) et la radiothérapie et, en cas d'échec la section de ces brides et de ces adhérences.

IV

De l'étude qui précède il est difficile de tirer une conclusion pratique. Les échecs de l'appendicectomie ont conduit un grand nombre de chirurgiens à la notion plus large de la stase intestinale chronique. Cette stase, souvent localisée au côlon droit peut être créée par des lésions acquises inflammatoires de périviscérite et d'épiploïte chronique ; elle peut être due à des malformations congénitales, défaut d'accolement du gros intestin et de son mésentère, membrane congénitale péricôlique ou longueur exagérée du côlon droit.

Mais la dilatation douloureuse du côlon, la péri-côlite membraneuse, les ptoses du cæcum, ne paraissent devenir vraiment pathologiques que lorsque l'infection à tous ses degrés a déterminé ces côlites segmentaires sur lesquelles Leveuf a si justement insisté dans sa thèse : pourquoi vouloir limiter le processus infectieux au cæcum et au côlon à l'exclusion de l'appendice, « ce cæcum de cæcum », « ce cul-de-sac de cul-de-sac, ce diverticule de diverticule », comme l'avait caractérisé si heureusement Reclus. On ne peut nier que l'ablation de cet appendice chroniquement enflammé n'ait rempli son but en préservant le malade des complications que nous avons étudiées dans un chapitre précédent. Pourquoi demander à l'appendicectomie plus qu'elle ne peut faire, lorsqu'à l'appendicite chronique s'associent ces ptoses viscérales qui dépassent souvent les limites de l'intestin et dans lesquelles il n'est pas prouvé que des interventions d'exérèses totales, partielles ou de simples opérations de dérivation soient susceptibles de provoquer une guérison complète ? Au surplus, dans les services où nous avons été interne depuis 1914, à aucun moment ne s'est présenté la nécessité de compléter l'appendicectomie par une cæcopexie et moins encore par une colectomie partielle ou totale. Nous n'avons jusqu'ici aucune raison de penser que les malades aient pu en souffrir par la suite.

Nous aurions fort à faire à énumérer ici les erreurs de diagnostic réelles et à discuter les motifs qui ont

conduit souvent à des opérations inutiles et partant sans résultat.

Nous nous limiterons dans cette étude à la discussion des seuls faits où l'appendicite paraissait avoir été nettement en cause. A de rares exceptions, six fois seulement dans quarante-six les observations que nous avons recueillies, l'intervention n'a pas été suivie d'une disparition momentanée ou d'une amélioration nette des signes qui avaient nécessité la première opération : il s'agissait dans 2 cas (Tavel) de péri-côlite inflammatoire, dans un cas une bride de Lane avait été négligée ; chez le quatrième malade, c'était une appendicite chronique avec syndrome pylorique réflexe, chez la cinquième une épiploïte légère avec dilatation cæcale, chez la dernière le moignon n'avait pas été enfoui et l'examen radioscopique montrait un cæcum fixé et douloureux. Dans les quarante autres observations que nous rapportons, l'intervalle de répit avait de plusieurs mois à quelques années, dix ans dans un cas, et souvent les signes qui ramenaient le malade au chirurgien ne présentaient plus les mêmes caractères cliniques que ceux qui avaient rendu nécessaire la première intervention.

Dans toutes les opérations secondaires pratiquées, sauf quatre fois où l'on ne trouva qu'une dilatation cæcale justifiable d'une cæcoplicature, de grosses lésions légitimaient le tableau clinique, adhérences du cæcum à la cicatrice, de l'iléon à la paroi abdominale, sténose incomplète de l'angle droit et surtout, des lésions d'épiploïte chronique, libre ou adhérente.

Une classification de ces lésions s'impose :

1° Il y a d'abord des lésions post-opératoires des parois : les inclusions nerveuses dans la cicatrice déjà signalées par Jalaguier et dont nous rapportons une observation inédite (45), des éventrations douloureuses totales ou partielles que d'aucuns mettent sur le compte de la section des nerfs pariétaux. Ces lésions sont facilement évitables par une bonne technique ; elles ne sont intéressantes au surplus que par les problèmes de diagnostic qu'elles peuvent poser en faisant croire à des lésions profondes qui n'existent pas.

2° Le traitement appliqué au moignon peut avoir plus d'importance. Nous touchons ici à une question de doctrine et de brûlante actualité ; il n'est pas dans nos intentions de commenter les discussions d'hier à la Société de Chirurgie à la suite desquelles d'ailleurs « enfouisseurs » et « non enfouisseurs » sont restés irréductibles dans leurs conclusions. Notre expérience personnelle ne saurait compter en face d'avis autorisés et reposant sur une si longue pratique. Nous restons frappés cependant des accidents tardifs que, chez cinq de nos malades, le moignon manifestement non enfoui avait pu déterminer : dans 2 cas, le moignon adhérait à la face profonde de la cicatrice, et dans ces 2 cas il y avait eu non seulement des abcès à répétition au niveau de la cicatrice opératoire (obs. XV), mais des lésions profondes de périviscérite dans 1 cas, et d'épiploïte massive dans l'autre (obs. XXXIV).

Chez une autre malade (obs. I) l'épiploon était venu coiffer le moignon appendiculaire, réalisant ainsi un enfouissement spontané, on dut réséquer secondairement cet épiploon atteint d'épiploïte chronique ; dans l'observation XIV où manque encore le contrôle opératoire, le moignon n'a pas été enfoui, le cæcum spasmodé et douloureux adhère à la cicatrice, comme en fait foi l'examen radioscopique de Gutmann, sans qu'on puisse expliquer les crises douloureuses d'allure progressive par une colite en évolution ou de la stase intestinale chronique.

M. Walter qui n'enfouissait pas ne s'est-il pas décidé à le faire à la suite de deux interventions qu'il pratiqua chez des appendicectomisés par d'autres chirurgiens ? chez l'un d'eux, le moignon non enfoui adhérait à la paroi ; chez l'autre, le moignon adhérait à l'iléon qu'il couvait très nettement.

3° Les adénopathies inflammatoires du méso-appendice peuvent être la cause d'accidents douloureux post-opératoires ; il sera utile de ne pas les négliger au cours de l'intervention.

4° Dans la presque totalité des faits que nous avons recueillis, il s'agissait d'épiploïte chronique (34 fois) et dans ses deux types anatomiques d'épiploïte libre et d'épiploïte adhérente.

Les lésions de l'épiploon sur lesquelles Walter insiste à si juste titre depuis 1898 ont trouvé dans nos observations une remarquable confirmation :

Dans 7 cas il s'agissait d'épiploïte libre ;

Dans 27 cas il s'agissait d'épiploïte adhérente ;

Dans les 27 cas d'épiploïte adhérente, la plupart des modes d'adhérence décrits par Walter ont été retrouvés, adhérences à la cicatrice, adhérences au cæcum (8 fois), adhérence au côlon ascendant, adhérences à l'angle cœlique sous-hépatique, (cinq fois) réalisant l'accolement de ses deux branches en canon de fusil.

Dans une de nos observations (n° VII) à des lésions très denses de pérityphlite s'associait une grosse adhérence épiploïque, fixant l'anse sigmoïde à la paroi abdominale antérieure et réalisant ainsi une obstruction typique du côlon gauche.

Notre observation X démontre le caractère d'extension progressive de l'épiploïte puisque malgré l'ablation de l'appendice et une épiploectomie droite partielle, on dut intervenir secondairement pour réséquer la moitié gauche de l'épiploon qui avait été trouvée saine et respectée lors de la première intervention.

Ces faits montrent l'importance qu'il faut attribuer à l'épiploïte dans la pathologie de la fosse iliaque droite. Par les adhérences qu'elle crée autour du cæcum et du côlon droit, elle constitue un facteur étiologique qui n'est pas négligeable dans les sténoses incomplètes du cæco-côlon et dans les dilatations cæcales douloureuses. Elle contribue, comme l'a si bien montré Walter, à entretenir la cœlite qui prend dès lors une allure extensive et sur la gravité de laquelle il n'est nul besoin d'insister puisque un véritable cercle vicieux par actions combinées réciproques peut s'établir entre la cœlite et l'épiploïte, l'épiploïte entrete-

nant, aggravant la cœlite qui réagit à son tour sur l'épiploite.

L'épiploite en outre, par ses adhérences plus ou moins serrées à la cicatrice pariétale et aux viscères, agit mécaniquement sur le pylore et sur le duodénum solidaires du côlon transverse par le ligament gastro-côlique.

Ainsi se constituent des modifications de forme et de calibre du duodéno-pylore susceptibles de provoquer ces syndromes dyspeptiques dont la cause réelle peut échapper à l'examen.

Il y a peut-être encore matière à de nouveaux travaux pour déterminer le rôle direct que peut avoir l'épiploite chronique dans l'étiologie de l'ulcère de l'estomac et de l'ulcère du duodénum (Enriquez). En dehors de son action mécanique, peut-être l'épiploite a-t-elle sur ces deux affections le même rôle que des travaux récents lui ont attribué dans l'étiologie de certaines cholécystites calculeuses ou non, en raison des larges communications de son système veineux et lymphatique avec celui de l'estomac et du duodénum. Dans les huit formes gastriques et dans les trois formes duodénales de séquelles d'appendicectomie que nous rapportons, l'épiploite chronique était nettement en cause.

Associées le plus souvent à l'épiploite, mais pouvant exister isolément, nous avons retrouvé ces lésions de périviscérites-cæcales et cœliques sur lesquelles dès 1903 avait insisté Tavel.

Quatre fois le cæcum adhérait intimement à la face

profonde de la cicatrice et les malades n'avaient paru tirer que de graves inconvénients de ces cœcoples spontanées.

Quatre fois (observations XI, XXXI, XXXIII, XLII) les derniers centimètres de l'iléon adhéraient à la paroi abdominale antérieure et à l'épiploon.

Ces adhérences périviscérales, pour Girou, ne peuvent être attribuées à l'acte opératoire lui-même. Nous ne sommes pas aussi affirmatif à ce sujet que notre collègue et nous pensons au contraire que ces lésions sont le plus souvent secondaires à l'intervention. C'est une raison de plus pour éviter les fautes opératoires minimales qui paraissent devoir être sans conséquences sérieuses et qui sont susceptibles de provoquer des réactions péritonéales légères certes, mais lentes, torpides, progressives, pouvant avoir dans cette région iléo-cæcale si délicate au point de vue de son fonctionnement physiologique des conséquences éloignées parfois fâcheuses.

Dans l'observation XLVI, l'intervention secondaire montra l'association d'une grosse épiploïte adhérente et d'une cholécystite calculeuse rentrant dans la catégorie de ces cholécystites chroniques à bile blanche, qui ont fait l'objet dans la *Presse médicale* (1921) d'une étude complète du Professeur Gosset, de Mestrezat et de Lœwy. Peut-être s'agissait-il d'une cholécystite secondaire à de grosses lésions d'épiploïte chronique post-opératoire? Enfin l'observation XXVI montre que dans la pathogénie de ces épiploïtes post-opératoires la tuberculose annexielle peut avoir

son importance. Peut-être même en dehors de l'épiploïte liée à la côlite et à l'appendicite chronique y a-t-il place pour des lésions chroniques d'épiploïte provoquées par une affection annexielle banale et subaiguë. Cette notion pourrait peut-être expliquer la fréquence des séquelles douloureuses post-opératoires chez la femme.

Pour nous résumer, nous pensons qu'il faut distinguer : 1° *des séquelles d'appendicite* qui n'ont pas été créées par l'acte chirurgical lui-même, mais qui ont continué leur lente évolution malgré l'ablation de l'appendice. Elles résultent le plus souvent d'un examen insuffisant et d'un inventaire incomplet des lésions complexes qui constituent par leur association dans un très grand nombre de cas l'essentiel même de l'appendicite chronique.

On n'a supprimé par l'appendicectomie qu'un des éléments de ce syndrome, l'élément essentiel primordial, mais on a négligé l'épiploïte du bord droit, une bride de Lane, des adhérences péricôliques, une lésion des annexes droites contemporaines de l'appendicite. Il faut enfin incriminer souvent l'absence de tout traitement médical post-opératoire dirigé contre la côlite qui accompagne si souvent l'appendicite chronique et qui peut à elle seule engendrer une épiploïte chronique secondaire à marche progressive.

2° *Des séquelles d'appendicectomie* : les cicatrices vicieuses adhérentes aux plans profonds sous péritonéaux, les adhérences secondaires de l'épiploon à la cicatrice, du cæcum à la face profonde de la cica-

trice, les moignons non enfouis adhérents à la paroi ou à l'épiploon, pouvant ainsi donner lieu dans ce dernier cas à une épiploïte chronique chirurgicale post-opératoire.

QUATRIÈME PARTIE

TRAITEMENT

Il y a avant tout un *traitement préventif* de ces séquelles douloureuses : éviter les erreurs de diagnostic, ne pas méconnaître avant l'intervention les lésions des voisins qui s'associent à l'appendicite chronique et en assombrissent le pronostic éloigné post-opératoire.

Il n'est pas dans le cadre que nous nous sommes fixé d'établir le diagnostic différentiel de l'appendicite chronique ; mais depuis que nous avons l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Legueu à la Clinique urologique de l'hôpital Necker, certaines erreurs de diagnostic ont attiré notre attention par leur fréquence.

Le professeur Legueu insiste dans son enseignement sur l'erreur fréquemment commise entre l'appendicite chronique et certaines affections du rein droit. Bon nombre de « balafres de Plombières et de Châtel-Guyon » de Dieulafoy, n'étaient peut-être que des urinaires méconnus. C'est que, les points douloureux attribués à l'appendicite chronique et même la contracture musculaire localisée à la fosse iliaque

droite sont d'observation courante au cours de la lithiase rénale, des calculs de l'uretère et des dilata-tions douloureuses du bassinet. Ces dernières, peu-vent même s'accompagner de troubles gastro-intes-tinaux réflexes. La seule clinique est le plus souvent impuissante à résoudre ces problèmes d'autant qu'au cours de la lithiase rénale, de grands signes comme l'hématurie et les irradiations douloureuses génitales peuvent manquer ; il faut savoir aussi qu'appendicite chronique, lithiase et ptoses du rein droit peuvent coexister chez les mêmes sujets.

Il faut donc penser à ce diagnostic et à cette asso-ciation ; la meilleure manière de résoudre le pro-blème consistera à pratiquer une exploration radios-copique du tube digestif, comme nous l'indiquerons plus loin, et si des doutes subsistent, une explora-tion complète du rein, de l'uretère et de la vessie.

La cystoscopie, le cathétérisme urétéral, la radio-graphie de l'arbre urinaire dans sa totalité, la pyé-lographie enfin, permettront de ne pas méconnaître une lésion du rein, du bassinet et de l'uretère.

Le diagnostic d'appendicite chronique étant posé, il faut se rappeler en se plaçant sur le seul terrain de la clinique que l'appendicite n'est qu'un syndrome où entrent pour une bonne part les réactions de toute une série d'organes, côlon, terminaison du grêle, vésicule biliaire, pylore, duodénum ; des lésions anatomo-pathologiques fréquemment asso-ciées, des points d'union étroits nerveux, circula-toires et lymphatiques, un agent de liaison, l'épi-

ploon, expliquent bien ces associations morbides dans lesquelles il est si difficile, souvent de dégager le *primum movens*, la lésion première en date.

L'appendice, pour Silhol, en est l'élément prépondérant initial, « le chef de file ».

« Son intégrité apparente contraste parfois avec la gravité de ces lésions associées, il n'en est pas moins vrai que la suppression de l'appendice suffit en général pour amener la régression et la guérison de ces lésions secondaires (Jalaguier, Congrès international de Médecine, 1900).

Cette éventualité heureuse ne se produit pas toujours et toute intervention qui ne s'adresserait qu'au seul appendice sans le contrôle direct des lésions associées est *à priori* insuffisante et porte en elle les causes de son échec.

L'examen clinique peut déjà donner des renseignements qui ne sont pas négligeables.

La cœlite se manifeste par des signes spéciaux qui passent rarement inaperçus avec ses périodes de constipation coupées de débâcles diarrhéiques, banales, muqueuses et muco-membraneuses dont les caractères chimiques ont été bien précisés par Duval, Jean-Charles Roux et Goiffon (Société de Chirurgie, mars 1914) : la constatation d'une cœlite grave résistant au traitement médical rigoureux peut déjà faire supposer l'existence de lésions d'épiploïte ou de périviscérités concomitantes.

L'examen gynécologique ne devra jamais être négligé, les lésions utéro-annexielles associées, rétro-

version, salpingite, fibrome, kyste de l'ovaire, ne pourront ainsi être méconnues.

Mais la nécessité de l'examen radiologique s'impose. Enriquez et ses élèves, Gutmann et Durand ont depuis longtemps posé la nécessité d'une telle investigation ; plus récemment, Guy Laroche, Brodin, Bonneaux ont repris, dans un article de *la Presse médicale* (1922) les signes radioscopiques de l'appendicite chronique en insistant à nouveau sur leur grande importance pour un diagnostic positif.

Deux méthodes sont en présence : la radiographie et la radioscopie.

La radiographie peu usitée en France est d'une technique difficile. On prépare le malade, suivant la méthode de Spriggs et Marxer : ingestion d'une dilution de 150 grammes du sulfate de baryte dans 1/2 litre de petit lait, et l'on fait une radiographie de quinze à vingt-quatre heures après. Cette technique permettrait de se rendre compte des irrégularités permanentes de calibre et de contour de l'organe, de son manque de mobilité et aussi de l'hypercontractilité continuelle, du retard au remplissage et à l'évacuation et enfin de la sensibilité de l'appendice à la pression. La perméabilité à la bouillie opaque serait toujours pathologique pour Pfahler.

Cette méthode a contre elle jusqu'à présent, sa difficulté d'exécution, la nécessité d'examens répétés et la possibilité de se trouver en présence d'un appendice rétro-cæcal dont les contours pourront être particulièrement difficiles à mettre en évidence.

La radioscopie conserve tous ses droits et renseigne mieux sur les lésions associées du cæco-côlon, de la dernière anse iléale et même d'épiploïte chronique. Sa technique est identique à celle que nous avons indiquée pour le diagnostic radiologique des séquelles : examen en station verticale, puis en décubitus dorsal, avec calques radiographiques dans ces deux positions en prenant comme point de repère des points identiques, crêtes iliaques, pubis, coupoles diaphragmatiques, autant que possible dans le même temps respiratoire, inspiration et expiration. La superposition de ces deux orthodiagrammes en faisant coïncider les points de repère fixes, fournira des renseignements du plus grand intérêt.

1° Dans l'examen en station verticale le cæcum est palpé sous l'écran, on note sa mobilité, les points douloureux qu'il peut présenter, en particulier la zone douloureuse de l'appendicite chronique sur son bord interne à 2 ou 3 centimètres au-dessus du bas-fond dans la région de la valvule iléo-cæcale. La zone douloureuse sera parfois légèrement au-dessus ou légèrement au-dessous de ce point.

Toute l'attention doit se porter en outre, sur l'angle cœlique droit ; est-il douloureux à la pression, ouvert ou fermé d'une façon permanente ?

Et sur la dernière anse iléale, visible ou invisible.

En décubitus dorsal, plusieurs éventualités peuvent se produire : ou bien le cæcum remonte et avec lui le point douloureux ou bien le cæcum et les

points douloureux restent fixes (Gutmann), enfin troisième éventualité, le cæcum remonte et la zone douloureuse reste fixe, il ne peut s'agir alors d'appendicite.

Le côlon transverse doit remonter et l'angle cœlique droit s'ouvrir spontanément dans l'examen en décubitus dorsal à moins que ses deux branches ne soient fixées par des adhérences. On peut noter alors diverses images pathologiques qu'on ne peut modifier par le distincteur : accollement limité à l'angle ou plus étendu en canon de fusil. Gutmann nous a montré deux calques traduisant l'accolement fixe du cæcum à la partie adjacente du côlon transverse ptosé, le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse restant libres jusqu'à l'adhérence cœco-cœlique, cette déformation figurait un R majuscule très particulier.

En faveur de l'épiploïte on pourra noter les points douloureux situés immédiatement en dedans du côlon ascendant ; ces points sont relativement peu mobiles au cours des deux examens en position verticale et horizontale.

L'exploration radiologique ne doit pas se limiter à l'examen de la région cœco-cœlique ; il faut toujours la compléter par l'examen du pylore et du duodénum qui renseignera sur les caractères de l'évacuation pyloro-duodénale et surtout sur les adhérences qui fixent et déforment ces régions suivant les types bien déterminés que nous avons déjà indiqués dans un chapitre précédent. Une récente com-

munication d'Enriquez, G. Durand et Keller à la Société médicale des Hôpitaux (juillet 1922) a mis au point un nouveau procédé d'exploration radiologique du duodénum.

Ces renseignements sont capitaux pour établir un plan opératoire logique.

Il faut tout d'abord choisir la bonne incision, celle qui permettra de voir largement et de faire un inventaire complet des lésions. L'appendicectomie n'implique pas dans tous les cas l'incision iliaque, incision de Mac Burney plus ou moins modifiée suivant les préférences de chacun ; ces incisions ne conviennent que dans les cas simples et même dans ces cas il est nécessaire d'abandonner l'incision trop courte « esthétique » qui peut allonger l'acte opératoire et nécessiter une assez forte traction sur le cæcum pour pouvoir l'extérioriser facilement.

Si l'on soupçonne une lésion annexielle ou utérine concomitante, la laparotomie médiane sous-ombilicale s'impose.

La longue incision paramédiane droite sera commode pour explorer le côlon ascendant et l'angle côlique ; elle permet de faire une facile résection épiploïque en cas d'épiploïte chronique.

Si l'on soupçonne des lésions associées du carrefour sous-hépatique, il est de toute nécessité de choisir une incision qui donne un facile accès, non seulement sur le pylore et le duodénum, mais encore sur la vésicule biliaire et qui permette, bien entendu, de pratiquer en même temps, et dans de bonnes

conditions, une appendicectomie correcte. C'est dans ces cas que la grande incision transversale sus-ombilicale droite de notre maître M. le professeur Gosset rendra les plus grands services. C'est une incision peu mutilante qui part de la ligne médiane à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, elle est facile à réparer et n'expose pas à l'événtration. Toutefois, un point particulier de technique est à signaler, l'hémostase ; on sectionne, en effet, en même temps que le muscle droit une ou deux branches terminales de l'épigastrique, la position du sujet en hyperextension, la rétraction des deux tranches du muscle droit peuvent provoquer une hémostase provisoire et secondairement se développera un hématome dont les conséquences peuvent être fâcheuses ; la ligature de ces branches artérielles est facile, il importe seulement de ne pas l'oublier.

La technique de l'appendicectomie proprement dite, telle que nous l'a apprise le professeur Gosset, comporte une série de manœuvres minutieuses bien réglées qui s'imposent pour éviter ces infections péritonéales à évolution lente qui peuvent dans la suite comporter des déterminations secondaires dont l'importance est indéniable.

La méso-appendice lié et sectionné, il faut préparer le surjet d'enfouissement au catgut n° 0, avec une fine aiguille courbe et le plus près possible de la base de l'appendice au niveau du point où naissent les trois bandelettes longitudinales du cæcum. Cette

manœuvre permet d'éviter à coup sûr les points perforants. Puis l'appendice est écrasé près de sa base et lié dans le sillon d'écrasement au catgut n° 0 ; une compresse protégeant le champ opératoire ; le fil de ligature puis l'appendice sont sectionnés au bistouri et le moignon enfoui dans un dernier temps. Le professeur Gosset solidarise dans un même nœud les fils de ligature du méso et les deux chefs du surjet d'enfouissement ; cette manœuvre est sans danger et permet d'effacer le bas-fond cæcal.

Si l'appendice est trop adhérent, la méthode d'ablation par section première de la base comporte les mêmes précautions : une pince de Kocher effondre le méso-appendice près de sa base, le surjet d'enfouissement est préparé, l'appendice est successivement écrasé, lié, sectionné et enfoui ; dans un deuxième temps, le méso est pincé prudemment, segment par segment, et l'appendice extirpé.

L'inventaire des lésions associées comporte : 1° le déroulement des 15 ou 20 derniers centimètres de la dernière anse iléale, pour ne pas méconnaître une bride de Lane ou ces lésions de mésentérite rétractile si fréquentes qui coudent et sténosent les derniers centimètres de l'iléon.

2° La vérification des annexes en mettant la malade en position de Trendelenburg et en faisant soulever par l'assistant la lèvre interne de l'incision à l'aide de deux écarteurs de Hartmann ;

3° L'inspection de l'épiploon est capitale, le diagnostic d'épiploïte chronique avec adhérences parié-

tales et viscérales est facile et saute aux yeux, plus délicat est celui de l'épiploïte chronique libre ; nous nous rapporterons à la description qu'en a donnée M. Walter. Les lésions caractéristiques prédominent nettement au niveau du bord droit ou sont localisées dans la moitié droite du tablier épiploïque et plus particulièrement dans la région de l'angle droit du côlon.

A un premier degré, l'épiploon prend une teinte rosée diffuse, disséminée par plaques ou disposée en trainées le long des vaisseaux.

A un deuxième degré, la coloration rouge est plus franche avec des zones plus foncées, l'épiploon est épaissi, il donne à la palpation la sensation spéciale de plaques granitées. En dehors de la localisation habituelle sur le bord droit « la bande de bordure », ces lésions sont souvent plus diffuses d'emblée et siègent sur les deux faces et surtout sur la face postérieure. On peut observer de petites brides fibreuses, blanchâtres, filiformes, adhérentes sur toute leur longueur à l'épiploon, ou libre à leur partie moyenne, leur entrecroisement dans tous les sens forme des nœuds de rétraction.

A un troisième degré, la rougeur et l'épaississement s'accroissent, à la palpation l'épiploon donne la sensation du cuir avec par place des masses plus volumineuses, dures et grenues.

Enfin, à un degré de plus, on pourra trouver des plaques nacrées, cicatricielles et des foyers hémorragiques, disséminés ou confluents.

En présence de ces lésions d'épiploïte, la résection épiploïque totale est indiquée en raison du caractère d'extension lente de ces lésions localisées d'abord à droite, puis étendues à la totalité du tablier épiploïque. Avec M. Walter il faut réséquer l'épiploon au ras du côlon transverse après l'avoir lié, selon les cas, en 8, 10, 12 paquets au catgut n° 1.

Dans son rapport au XXIV^e Congrès français de Chirurgie, M. Walter recommande en outre de libérer les adhérences, les brides péricæcales, péricôliques, les lames péritonéales qui descendent au-devant du côlon ascendant et qui peuvent les comprimer. Enfin, la lame fibreuse qui accole et immobilise dans certains cas les deux portions de l'angle côlique.

Que faut-il faire en présence de ces gros cæcums dilatés qu'on ne peut mettre sur le compte de brides cicatricielles ou d'une sténose incomplète de l'angle droit ?

Pour Pierre Delbet, deux cas peuvent se présenter correspondant à deux aspects de typhlectasie : certains cæcums ont une couleur bleuâtre, livide, ils sont flasques et ridés avec des voussures très accentuées, des poches diverticulaires où l'on peut trouver à la palpation des boulettes de matières fécales, ces cæcums sont justiciables de la cæcocolographie : les autres sont épais, rouges, ce sont les « pachycæcums » et la colectomie serait plus indiquée.

Walter et Lambret préconisent la cæcoraphie en cas de typhlectasie et plus récemment, notre collègue Luquet, dans un article de la Clinique (n° 3, mars

1922) en pose les indications et en décrit le mode opératoire.

Le traitement médical post-opératoire est d'une absolue nécessité dans les cas nombreux où à l'appendicite chronique s'associent des manifestations de colite. Nous pensons que bon nombre de séquelles douloureuses auraient pu être évitées par un traitement médical post-opératoire prolongé. L'appendicectomie comme l'a dit M. Walter n'est qu'un des temps du traitement, temps essentiel mais insuffisant à lui seul pour amener une guérison radicale.

Le régime devra être maintenu longtemps jusqu'à la disparition des douleurs spontanées et provoquées sur le trajet du côlon, régime végétarien surtout.

L'huile de vaseline remplacera avantageusement les laxatifs et les purgatifs ; pour lutter contre la spasmodicité exagérée du côlon il sera bon d'adjoindre au régime diététique des cures de belladone, sous forme de teinture de belladone ou de sulfate d'atropine que l'on administrera en injections intra-musculaires d'un quart de milligramme, dose progressivement accrue chaque jour de la même fraction de milligramme pour arriver à 1 milligramme et même dans certains cas, à 2 milligrammes ; cette dose maxima ne sera maintenue que pendant une journée et on diminuera graduellement de $\frac{1}{4}$ de milligramme par jour jusqu'à ce que l'on soit arrivé à la dose initiale.

Au traitement médical, il sera bon d'adjoindre, les massages prudents et les cures hydro-minérales

de Plombières et de Châtel-Guyon sous la direction de spécialistes.

Une excellente mise au point de la diathermothérapie des affections du tube digestif a été faite par MM. Gaston Durant et Nemours dans « l'Hôpital » (n° 73, juin 1922) d'intéressantes études poursuivies pendant un an leur ont permis de mettre en évidence son action sédative, son action excitomotrice sur le péristaltisme du tube digestif, son action résolutive sur les processus inflammatoires en même temps que la propriété qu'ont les courants de haute fréquence et de basse tension d'élever la température des corps qu'ils traversent ; cette dernière action la plus intéressante a été appliquée par ces auteurs au traitement des séquelles douloureuses de l'appendicectomie (Société de thérapeutique, mai 1921).

L'application de cette méthode nécessite bien entendu un diagnostic précoce et, ses résultats inconsistants tiennent vraisemblablement au degré d'ancienneté et d'organisation des adhérences que les auteurs ont eu à traiter.

Elle nous paraît devoir être un adjuvant utile d'abord dans le traitement post-opératoire préventif des séquelles de l'appendicectomie et surtout dans le traitement médical sévère qu'il est de toute nécessité d'instituer après les interventions secondaires sur les séquelles confirmées.

L'intensité du courant à employer varie de 1 à 5 ampères.

Il y a de plus intérêt à pratiquer des applications

rapprochées, une séance de vingt minutes tous les deux jours.

Le traitement comporte selon les cas quinze à vingt séances.

Traitement des séquelles constituées

Les indications de ce traitement sont parfois délicates à poser. Nous insistons à nouveau de la façon la plus formelle sur la nécessité, en présence de ces manifestations douloureuses et fonctionnelles si difficiles parfois à cataloguer, de pratiquer une investigation radiologique pour que ces malades traités trop longtemps pour une cœlite ou pour des troubles nerveux étiquetés à tort hystérie et nervosisme, puissent bénéficier d'une nouvelle intervention qui les acheminera vers la guérison.

Il y a une catégorie de malades qu'il est préférable de ne pas opérer, ce sont les grands ptosiques. A vrai dire les troubles qu'ils présentent ne peuvent être considérés comme des séquelles d'appendicectomie et les interventions partielles limitées au cæcum, conduisent souvent à de nouveaux échecs ; le seul traitement que l'on peut discuter est la colectomie partielle ou totale à la façon de Lane, la discussion de ces interventions complexes n'entre pas dans le cadre de notre sujet.

C'est dans cette catégorie que rentre notre malade (observation XLIV). Opérée d'appendicite chronique en 1913, l'intervalle de répit s'est prolongé pendant

six ans. L'examen radioscopique n'a pu faire la preuve d'aucune adhérence fixe du gros intestin ni d'aucune déformation de ses différents segments. Un traitement médical fut institué, pour ne pas faire subir à la malade une intervention dont les risques immédiats n'étaient pas une proportion des manifestations douloureuses qui l'avaient amenée à consulter.

La seconde catégorie de malades est justifiable d'une intervention secondaire ; les troubles douloureux et fonctionnels qu'ils présentent ont un substratum anatomique où rentrent surtout des lésions d'épiloïte chronique, de périviscérite adhésive cæcales, côliques, iléales et parfois des lésions associées de la vésicule biliaire et du pylore.

Ces malades arrivent au chirurgien après un long traitement médical dont l'échec est trop clairement évident et souvent aussi avec un diagnostic qu'il faut rectifier.

Pour nous, l'intervention s'impose et ne doit pas être différée au delà des délais nécessaires aux différentes investigations qu'il est indispensable d'effectuer.

Deux cas peuvent se présenter :

1° On se trouve en présence de cicatrices vicieuses douloureuses, qui ont tous les caractères pathologiques que nous avons précédemment décrits.

C'est au niveau de la cicatrice qu'il faudra intervenir. L'intervention pourra être particulièrement délicate ; les constatations opératoires que nous avons pu faire nous ont montré que les adhérences épiloïques ou cæcales existaient surtout en dedans de

la cicatrice. Après avoir réséqué cette cicatrice, c'est en dehors d'elle qu'on pénétrera dans la séreuse avec le plus de sécurité. En péritoine sain, avec de bons écarteurs, et en se donnant du jour s'il le faut, il est facile alors de se repérer et de cataloguer aussi complètement que possible les lésions secondaires sur lesquelles il faudra agir. Nous devons insister sur la prudence qu'il faut mettre à libérer le cæcum lorsqu'il adhère à la face profonde de la cicatrice, à la libération de l'épiploon qu'il faudra ensuite réséquer largement au ras du côlon transverse. L'angle colique sous-hépatique devra attirer tout particulièrement l'attention, même si l'examen radiologique n'a pas montré à son niveau des lésions évidentes; la libération de cet angle fixé par des adhérences épiploïques ou fibreuses, constitue un temps délicat. Il faudra ensuite s'efforcer d'en péritoniser les surfaces libérées et dénudées. Charrier a fixé en outre (observation XXXIX) l'angle colique droit à la paroi abdominale antérieure et a guéri sa malade.

Si la cicatrice ne présente aucun caractère pathologique et si l'on a des raisons de croire à des lésions associées de l'étage sus-mésocolique, il vaut mieux faire la grande incision médiane sus et sous-ombilicale qu'il sera toujours facile de prolonger en cas de besoin au-dessus de l'ombilic; c'est une excellente voie d'abord, souvent nécessaire dans les cas complexes où il faut voir à tout prix et voir très largement.

Suites post-opératoires. — La convalescence est longue. Il faut savoir que les troubles douloureux

et fonctionnels très améliorés immédiatement peuvent se prolonger encore pendant de longs mois. Les signes de côlite et les manifestations nerveuses en particulier, sont des plus tenaces.

C'est dire qu'il y a nécessité absolue à instituer un traitement médical post-opératoire longtemps prolongé ; un régime sévère auquel on associera de temps à autre la belladone ou son alcaloïde, sera maintenu aussi longtemps qu'il sera nécessaire de le faire. Ces malades bénéficieront du traitement radiothermothérapique et d'une ou plusieurs saisons à Châtel-Guyon ou à Plombières.

Le plus souvent, ce sont là des interventions minutieuses, difficiles, qu'il est souhaitable de ne plus avoir à pratiquer. Nous espérons qu'il en sera bientôt des séquelles de l'appendicectomie, comme des fistules pyo-stercorales qui suivaient avec tant de fréquence les interventions abdominales il y a quelques années encore.

Les progrès réalisés par la technique chirurgicale, les enseignements de la clinique qui nous ont mieux fait connaître ce que peut être l'appendicite chronique, les renseignements si précieux fournis par la radiologie, doivent restreindre dans de notables proportions ces séquelles parfois très graves d'une intervention considérée à tort comme une véritable opération de débutant facile et inoffensive.

OBSERVATIONS

FORME COMMUNE

OBSERVATION I (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte adhérente au moignon non enfoui. — Pérityphlité

G... Madeleine, 19 ans.

Appendicectomie, en 1907 (appendicite chronique).

Deux mois après, recommence à souffrir du côté droit, douleurs survenant par crises; six crises en tout. Cicatrice douloureuse élargie. Points douloureux en dedans d'elle. Douleur légère à la palpation de la fosse iliaque gauche. Constipation opiniâtre suivie de crises diarrhéiques.

Pas de vomissement.

Apyrétisme.

Bien réglée, mais règles douloureuses.

13 juin 1917. — *Examen radiologique.* — Vive sensibilité du bord interne du cæcum et du côlon ascendant.

Sensibilité du transverse et du côlon iliaque.

Mobilité normale des différents segments du gros intestin.

Dislocation aisée de l'angle sous-hépatique.

Estomac hyperkinésique, un peu élargi transversalement.

18 juin 1916. — Intervention du professeur Gosset. — On résèque la cicatrice cutanée.

Dès le péritoine pariétal ouvert, adhérences du cæcum à la face profonde de la cicatrice.

Tout l'épiploon adhère au moignon appendiculaire non enfoui.

L'épiploon réséqué il reste une surface déperitonisée que l'on enfouit sous un surjet à la soie.

On réalise ainsi une cœcoplastie.

Sort guérie le 30 juin.

OBSERVATION II (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

S... Simonne, 15 ans.

Appendicite chronique avec coliques appendiculaires presque tous les mois.

Appendicectomie à 8 ans 1/2.

Réglée à 15 ans.

Actuellement, douleurs lancinantes au niveau de la cicatrice longue de 4 centimètres, large de 1 centimètre.

Constipation habituelle.

Entérite légère survenant par périodes.

Douleur à la pression sur la cicatrice.

Foie un peu gros.

[Peau très pigmentée surtout au niveau du cou.

Apyrétisme.

24 juin. — Intervention des D^r Berger et Masmonteil. —
Incision médiane sous-ombilicale.

On amène le cæcum non adhérent.

Cicatrice cæcale parfaite.

Pas de rétrécissement de l'iléon mais le grand épiploon est adhérent au cæcum sur 6 centimètres.

Libération et résection de l'épiploon en six paquets très près du côlon transverse.

Sort guérie le 12 avril.

OBSERVATION III (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte adhérente

Mme de V..., 30 ans.

Il y a quinze jours, poussée douloureuse avec fièvre, douleurs abdominales vives, localisées à droite, défense abdominale, nausées, vomissements.

Toucher : gros utérus douloureux en rétroversion.

Diagnostic porte : rétroversion et salpingite.

Appendicectomie antérieure pour appendicite chronique.

La cicatrice est restée douloureuse, cette cicatrice est d'ailleurs vicieuse, large, déprimée, douleur profonde à son niveau et douleur iliaque spontanée, continue, exacerbée par certains mouvements par la fatigue, les stations debout prolongées.

Laparotomie médiane, octobre 1921.

Epiploon adhérent à la face profonde de la cicatrice.

Annexes en bon état.

Le paquet d'épiploïte adhérente est large de deux travers de doigt et très épais.

On libère et on résèque cette frange qui adhérerait.

On laisse le reste de l'épiploon qui est sain est normal.

Epiploïte chirurgicale.

Sort guérie.

Guérison maintenue.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Service du professeur Gossët.)

*Épiploïte chronique adhérente et pérviscérée
de l'angle iléo-cæcal*

Mlle de N..., 22 ans.

Appendicectomie antérieure pour appendicite chronique.

Quelques mois après l'intervention, douleur iliaque droite, spontanée et provoquée par les mouvements brusques et la fatigue.

Ces douleurs surviennent par crises.

Etat nauséux habituels.

Anorexie.

Constipation.

Cicatrice un peu élargie, pigmentée, douloureuse. A la palpation points douloureux entre la cicatrice iliaque et l'ombilic.

On incise au niveau de l'ancienne cicatrice.

L'épiploon adhère intimement au péritoine.

Libération prudente. Résection (épiploon grenu, gravité, enflammé).

On amène le cæcum en dehors, presque normal, un peu dilaté.

Mais dans l'angle iléo-cæcal, on trouve une bride de 4 centimètres d'épaisseur sur 2 centimètres de largeur, 3 centimètres de longueur qui vient adhérer à la paroi abdominale.

Section de la bride.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Sort guérie.

Guérison maintenue.

OBSERVATION V

(Service du professeur Gosset.)

Pérityphlité isolée et typhlectasie

R... Alice, 35 ans.

Appendicectomie pour appendicite chronique en mars 1916.

Amélioration notable pendant près de trois ans.

Peu de symptômes digestifs, parfois des douleurs diffuses, généralisées à tout l'abdomen, survenant à la suite d'efforts, de surmenage, avec prédominance à droite, dans la zone de la cicatrice.

Il y a un an, ces crises douloureuses se manifestent très intenses ; au moment de ces crises la malade doit s'allonger et ne peut marcher.

A l'examen, petite cicatrice, normal d'aspect, souple, n'adhérant pas au plan profond ; elle n'est pas douloureuse, mais on éveille par la palpation une douleur assez vive en dedans d'elle.

Pas de troubles digestifs notables, sauf un état nauséux assez constant. Fonctions intestinales régulières parfois quelques périodes de diarrhée.

Abdomen souple, non ballonné.

Légère hyperesthésie cutanée sur le trajet du côlon.

Intervention 17 mars 1920 (professeur Gosset).

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le bord externe du cæcum est fixé au détroit supérieur par des adhérences assez solides. Libération de ces adhérences. Le cæcum est dilaté, mais ses parois sont de coloration normale, minces non enflammées.

L'épiploon est normal ; les derniers centimètres de l'iléon sont libres.

Rien à signaler au niveau de l'estomac, au niveau de la vésicule, de l'utérus et de ses annexes.

On fait une cæco-plastie à la soie sur le fond du cæcum un peu dilaté.

Sort guéri un mois après.

OBSERVATION VI

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte légère non adhérente, dilatation cæcale

M. L..., 22 ans.

Opérée de l'appendicite à froid le 25 mars 1917.

Après l'opération la malade a toujours ressenti des élancements, des douleurs sourdes dans l'abdomen du côté droit.

En décembre 1918 et en janvier 1919 elle a eu quelques crises douloureuses caractérisées par de la fièvre, 38,2 des maux de tête, des nausées et des périodes de constipation prolongées suivies de débâcles diarrhéiques.

Examen radioscopique, pratiqué dans le service du docteur Enriquez. — Epiploïte probable.

Traitement à partir du 21 janvier.

Laudanum, glace sur le ventre.

Dix séances de diathermie.

Repos au lit à partir du 21 février, les douleurs abdominales ont disparu pendant trois semaines.

Mais depuis deux jours des douleurs sourdes réapparaissent dans la fosse iliaque droite, surtout dans la station debout, et pendant la marche.

Etat actuel. — Cicatrice légèrement adhérente, longue de 8 centimètres.

Douleur à la pression dans le voisinage de la cicatrice, et en dedans d'elle surtout, vers l'ombilic.

Quand la malade s'assied on note une adhérence de la cicatrice aux plans profonds.

Amaigrissement, anorexie.

Intervention le 19 mars 1919 (professeur Gosset, Dr Charrier).

Réséction de la cicatrice cutanée.

Cæcum à fond affaissé n'étant plus soutenu.

On fait une cæcopicature avec surget à la soie qui supprime complètement tout ce bas-fond cæcal.

On ne voit pas l'épiploon.

On attire en dehors l'épiploon qui est mince dans toute sa partie supérieure et présente au niveau de son bord libre en deux portions un peu d'épaississement.

Il paraît préférable de réséquer ces deux portions.

La lésion épiploïque est légère comparée à la lésion cæcale.

Ligature et section des lésions épiploïques.

On n'arrive pas à voir les annexes droites.

Fermeture à la soie d'une paroi médiocre.

Sort guérie le 2 avril. Guérison maintenue.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte adhérente. — Périviscérite du cæcum et du grêle

Mlle F..., 33 ans.

Opérée d'appendicite à froid le 25 mars 1917.

Examen radioscopique. — Cæcum fixé et douloureux.

Points douloureux nets entre les deux branches de l'angle cœlique qui s'ouvrent bien dans la position en décubitus dorsal.

Diagnostic. — Epiploïte.

Intervention le 19 mars 1919 (professeur Gosset, Charrier).

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès le ventre ouvert on reconnaît une adhérence épiploïque large de trois travers de doigt et épaisse de 2 centimètres qui fixe l'anse sigmoïde à la cicatrice abdominale à droite de la ligne médiane.

On sectionne cette adhérence qui contient un gros vaisseau sur toute la position dépéritonisée de l'S iliaque, on fait un petit surget à la soie fine.

On rentre de l'abdomen toute cette anse sigmoïde qui présente au-dessus de l'obstacle une énorme agglomération stercorale.

La terminaison de l'iléon est normale jusqu'au point où l'iléon et le cæcum sont englobés ou milieu d'adhérences. On trouve une énorme adhérence épiploïque qui fixe la face antérieure du cæcum.

Résection de cette adhérence.

Le cæcum peu dilaté reste fixé à la paroi antérieure. La libération paraît délicate et dangereuse.

La lésion de l'S iliaque est peut-être la lésion prédominante. On en reste là, peut-être pour faire plus tard une iléo-sigmoïdostomie ?

Libération peut-être insuffisante du cæcum.

Sort guérie en avril 1919.

Aucune nouvelle depuis.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Professeur Gosset.)

Epiploite adhérente, typhlite

C. A..., Thérèse, 25 ans,

A été opérée il y a quatre ans pour appendicite chronique.

Un an après, un petit abcès au niveau de la cicatrice.

Rien à signaler dans les deux années qui ont suivi.

Mais, depuis trois mois, la malade accuse des douleurs continues dans la fosse iliaque droite, douleurs spontanées et provoquées par la marche, la fatigue et certains mouvements particuliers ; elles ont tendance à augmenter d'intensité.

En plus des douleurs, alternatives de constipation et de

diarrhée fétide ; chaque crise est caractérisée en outre par de l'anorexie et un état nauséux très prononcé.

A l'examen, cicatrice vicieuse, adhérente et douloureuse.

A la palpation, points douloureux dans la zone cæcale en dedans de la cicatrice et vers l'ombilic.

Léger degré de défense de la paroi.

Température à l'entrée 38°2.

La malade est sujette à des élévations de température légères.

Intervention, 7 septembre.

Rachistovaine, 5 centigrammes.

Réssection de la cicatrice cutanée. A l'ouverture du péritoine, gros cæcum, enveloppé de fausses membranes, épiploon granuleux diminué de surface et qui adhère largement à la cicatrice et au cæcum lui-même.

Libération des adhérences cæcales, vérification négative de l'iléon, du moignon appendiculaire et des annexes droites.

Sort le 28 septembre. Guérison.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte adhérente. Cæcum adhérent à la paroi. Péricôlite

Mme. D..., 35 ans.

Opérée d'appendicite chronique il y a dix-sept ans.

Quelques mois après crises douloureuses avec fièvre.

Dans l'intervalle douleur iliaque droite persistante, avec anorexie, nausées.

Cicatrice vicieuse et douloureuse.

Examen radiologique : le lavement opaque franchit sans arrêt tous les segments du côlon qui présente une forme et une topographie normale dans l'ensemble.

Mais au niveau du cæcum la réplétion reste incomplète avec une spasmodicité extrême qui s'étend à tout le côlon ascendant.

La palpation est douloureuse, tout particulièrement sur le bord interne du cæcum et de l'acendant.

On ne peut mobiliser l'intestin aussi librement que d'habitude.

Sensibilité diffuse de la fosse iliaque droite, il semble s'agir d'épiploïte et aussi d'adhérences péricæcales.

1^{er} décembre. — Intervention du professeur Gosset.

On incise au niveau de l'ancienne cicatrice, large, pigmentée, douloureuse.

On tombe de suite sur un cæcum adhérent qu'on libère aux ciseaux.

On résèque ensuite l'épiploon qui est malade en le liant en plusieurs paquets.

Pas de coudure de Lane.

Le cæcum est gros.

On libère une adhérence du côlon ascendant à la paroi et de l'épiploon au côlon qui se trouvait retourné sur lui-même et coudé.

Sort guérie.

Guérison maintenue.

OBSERVATION X (Inédite)

(Professeur Gosset.)

Epiploïte gauche secondaire adhérente

M^r B..., 41 ans.

Appendicectomie pour appendicite chronique le 21 janvier 1919.

Réséction de la moitié droite de l'épiploon, épaissi, lourd non adhérent. Nausées, anorexie.

Crises douloureuses abdominales prédominant à gauche.

Lymphocytose sanguine et œsinophilie.

D^r Enriquez pose le diagnostic d'épiploïte.

13 décembre 1919. — Intervention du professeur Gosset.

Incision sous ombilicale médiane (en raison du diagnostic d'épiloïte).

Vésicule et estomac normaux.

Le grand épiploon adhère à la ligne médiane très solidement et à toute la moitié gauche du péritoine pariétal.

Du côté de la cicatrice d'appendicectomie rien d'anormal.

Libération des adhérences.

L'épiploon, grenu dans sa moitié gauche, est triplé d'épaisseur, et lourd.

On le résèque en totalité.

Sort guéri le 31 décembre.

Guérison maintenue.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Professeur Gosset.)

Epiloïte chronique libre ; adhérences des derniers centimètres de l'iléon à la paroi

Mlle F..., 22 ans.

Opérée d'appendicite chronique il y a deux ans.

Plusieurs mois après l'intervention, la malade recommence à souffrir de la fosse iliaque droite ; douleurs iliaques droites survenant par crises. Constipation habituelle, anorexie, nausées.

Cicatrice douloureuse, vicieuse, large, pigmentée.

Examen radiologique. — Epiloïte. Adhérences péricæcales. Très probablement coudure de la dernière anse grêle.

7 octobre. — Intervention du professeur Gosset.

On intervient sur la cicatrice. On amène au dehors l'épiploon qui présente par place de petites membranes blanches, véritables nœuds cicatriciels.

La terminaison de l'iléon adhère dans ses 10 derniers centimètres à la fosse iliaque.

Coudure très nette.

Le cæcum est fixé à la paroi antéro-externe; on le libère.

On libère l'iléon.

Réséction de l'épiploon, surtout malade dans sa moitié droite.

Les adhérences et épiploïtes ont été déterminées par l'appendicite.

Sort guérie le 25 octobre.

Guérison maintenue.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Professeur Gosset.)

Adhérences de l'épiploon à la paroi et au cæcum

Mme de G..., 29 ans.

Appendicectomie il y a quinze ans, appendicite chronique.

Elle a recommencé à souffrir depuis plusieurs années, douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, sourde, profonde, avec crises plus aiguës, état nauséeux.

Examen radiologique. — Par lavement le liquide opaque remplit successivement et sans aucun arrêt anormal les divers segments du côlon jusqu'au cæcum. Il existe même un léger degré d'insuffisance de la valvule iléo-cæcale (sans signification pathologique).

L'ensemble du côlon et surtout le transverse se trouve en situation très basse.

Par palpation on mobilise normalement tous les segments sauf le cæcum et le côlon ascendant, dont la mobilité semble légèrement diminuée. Ceci semble indiquer de minimes adhérences comme probables.

Sensibilité à la palpation, en dedans du côlon transverse et surtout en dedans du cæcum, au niveau de la cicatrice, comme s'il existait une zone d'adhérences à la paroi ou un territoire d'épiploïte.

Enfin on remarque la réplétion un peu incomplète du cæcum et du côlon ascendant par suite spasmodicité exagérée.

Diagnostic. — Adhérences péricæcales avec probablement faible degré d'épiploïte.

31 mai 1921. — Intervention du professeur Gosset.

Incision médiane sous-ombilicale. Cicatrice d'appendicectomie normale.

Tout l'épiploon adhère à la face profonde de la cicatrice et y fait adhérer le cæcum.

Libéré des adhérences on résèque l'épiploon en six paquets au ras du côlon transverse.

Guérison maintenue.

OBSERVATION XIII

(Professeur Gosset.)

Epiploïte chronique adhérente

Mlle de B..., 12 ans.

Appendicectomie il y a six ans ; elle a eu deux crises douloureuses depuis, caractérisées par une douleur dans la fosse iliaque droite avec irradiations vers l'ombilic accompagnée de nausées ; ces crises furent attribuées à de l'épiploïte.

Température, 37-37°6.

Incision très courte, trop courte : 1 centimètre de longueur au maximum, de plus douloureuse et vicieuse.

En faisant tousser la malade, sensation d'un petit orifice dans lequel s'engageait le doigt, et dont il produisait une occlusion très nette en provoquant une douleur assez vive irradiée à l'ombilic.

12 avril 1921. — Intervention du professeur Gosset.

On incise sur la cicatrice ; le péritoine ouvert sur toute l'étendue du bord de la cicatrice péritonéale on trouve une série d'adhérences épiploïques.

Libération des adhérences.

Résection de l'épiploon.

Le cæcum est normal.

L'intestin grêle aussi sur 20 centimètres.

Paroi en deux plans à la soie.

Sortie guérie.

Guérison maintenue.

OBSERVATION XIV (personnelle)

Pérityphlite probable: Moignon non enfoui

Ca. Josie, 20 ans.

Opérée d'appendicite le 20 décembre 1916 (appendicite chronique) (Moignon non enfoui).

Constipation opiniâtre.

Souffre depuis son opération à intervalles irréguliers suivant deux causes bien déterminées: la fatigue et la constipation.

Au moment des crises la jeune fille doit s'étendre les cuisses fléchies, en chien de fusil.

A l'examen : cicatrice petite, 2 centimètres, normale, mince, non adhérente, indolore à la pression.

Au moment des crises : ballonnement du ventre qui reste souple, sans défense, mais la palpation profonde et progressive de la fosse iliaque droite est douloureuse.

Cæcum spasmé, gargouillant.

Pas de douleurs sur le côlon ascendant, ni sur l'angle sous-hépatique.

Un séjour au bord de la mer, avec éducation physique et bains de mer, natation, avait amené une disparition à peu près complète des crises.

Le retour à Paris semble avoir été particulièrement préjudiciable.

Etat général peu atteint.

Examen radiologique (Dr Guttman) : Estomac normal. Angle droit du côlon normal. Pas de stase iléale.

Mais cæcum fixé, ne remontant pas dans le décubitus dorsal, son bord interne est douloureux.

Les crises sont devenues de plus en plus intenses et fréquentes, malgré le régime, et le traitement à la belladone.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Moignon non enfoui, pérityphlite

M.-T. T..., 25 ans.

Appendicectomie à froid en 1919 pour appendicite chronique.

Les douleurs de la fosse iliaque droite apparaissent un ou deux mois après. Elles sont provoquées par la marche, les fatigues physiques de la chasse, l'automobile.

De temps à autre un petit abcès se formait et s'ouvrait sur la cicatrice ; l'ouverture de cet abcès amenait un calme relatif.

Pas de troubles digestifs nettement accusés, appétit conservé. Troubles psychiques depuis l'intervention. Asthénie, dépression constante. Mélancolie.

Le malade est vu en mai 1920.

Cicatrice large — plus de 1 centimètre, — chéloïde, tomentueuse douloureuse, présentant un petit abcès, dont l'ouverture donne un verre à liqueur de pus bien lié et non odorant.

Le malade refuse une intervention radicale.

Deux mois après nouvel abcès avec signes généraux et douleur assez vive.

Nouvelle incision.

Intervention en août après cicatrisation complète de l'abcès, repos au lit, glace sur le ventre.

Résection de la cicatrice.

Ouverture du péritoine, en haut et en dedans de la cicatrice, en péritoine sain. Le cæcum adhère à la cicatrice, l'épiploon est libre.

Dissection prudente d'un paquet d'adhérences ou l'on sculpte un moignon d'assez gros volume.

Résection du moignon.

Enfouissement et péritonisation d'une petite zone du cæcum.

Fermeture de la paroi en trois plans. Un petit drain est laissé quarante-huit heures.

Le malade revu quelques mois après ne souffrait plus.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Docteur Walter.)

Epiploïte chronique adhérente à la paroi abdominale, au cæcum, au côlon. Accolement de l'angle côlique droit

R..., âgé de 25 ans, entre dans le service du Dr Walter le 22 novembre 1910.

Première crise d'appendicite en décembre 1904; il est opéré d'appendicectomie en mai 1905.

Deux mois après l'opération, recommence à souffrir du ventre. Ces crises douloureuses, qui se reproduisent trois fois dans la première année, sont provoquées par l'ingestion de certains mets : ragoûts, viandes rouges, haricots, lentilles; elles s'accompagnent d'une sensation de barre épigastrique tout le long du côlon transverse, avec des irradiations vers la fosse iliaque droite.

Ces troubles douloureux le font entrer à l'Hôpital de la Pitié en octobre 1910 dans le service du Dr Henriquéz.

Il y présente, le 22 octobre, une crise violente dans le flanc droit et dans l'hypochondre droit, avec douleurs épigastriques très nettes. En raison de lésions bacillaires du sommet gauche et d'une petite induration que l'on sent contre le côlon à droite, on songe, sans l'affirmer, à la possibilité d'une tuberculose du cæcum.

M. Walter pose le diagnostic d'épiploïte chronique consécutive à son appendicite.

Intervention 1^{re} décembre 1910 : résection de la cicatrice cutanée, passage par la gaine du droit ; le péritoine ouvert, l'épiploon se présente immédiatement ; il est adhérent à la paroi sur une hauteur de 6 centimètres ; il enveloppe d'autre part le cæcum et le côlon ascendant auxquels il adhère intimement. Il y a aussi des adhérences épiploïques au niveau de la moitié droite du côlon transverse ; toutes ces adhérences épiploïques sont libérées, une lame fibreuse de 4 centimètres de hauteur qui faisait adhérer en canon de fusil le côlon ascendant et le côlon transverse, est sectionnée : toute la moitié droite de l'épiploon est réséquée.

Les suites ont été particulièrement favorables.

Malade revu en 1912 très amélioré. Entre à nouveau dans le service d'Enriquez pour tuberculose pulmonaire.

OBSÉRVATION XVII (Résumée)

(Docteur Walter.)

Epiploïte chronique adhérente au cæcum et au côlon ascendant

Jeune fille de 17 ans, opérée en 1903 en Angleterre d'appendicectomie, fut prise en octobre 1904 d'une crise typique d'appendicite chronique, avec plastron remontant au-devant du cæcum et du côlon ascendant. Après la disparition des accidents aigus, persistait une douleur constante dans la fosse iliaque et le flanc droit. A l'exploration, une résistance profonde au niveau du cæcum et du côlon ascendant. M. Walter fait le diagnostic d'épiploïte. A l'intervention, réparation parfaite de tous les plans de la paroi abdominale ; l'épiploon rouge avec des noyaux de sclérose était adhérent au cæcum, au côlon ascendant ; une grosse bride fibreuse partie de sa face anté-

rieure allait se perdre au-devant du rein, bridant l'angle còlique droit.

Tout l'épiploon fut réséqué au ras du còlon ; l'opération eut lieu le 19 janvier 1905 ; en mars 1905, la malade est complètement débarrassée des douleurs tenaces qui rendaient la marche impossible.

(Communication de M. Walter à la Société de Chirurgie, séance du 8 mars 1905.)

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Docteur Haller.)

*Epiploïte chronique avec adhérences à l'angle còlique droit
et le cæcum*

Mme C..., 25 ans, opérée d'appendicite en 1905 entre à Cochin le 2 février 1912 pour troubles douloureux dans la fosse iliaque droite.

Le début de ces troubles remonte à trois ou quatre mois après l'appendicectomie. Les crises douloureuses surviennent deux fois par an. Début brusque par une douleur très vive avec paroxysme siégeant à l'épigastre dans l'hypochondre droit et surtout dans les lombes, s'irradiant à tout le côté droit de l'abdomen. Ces douleurs provoquent des vomissements pénibles, précédés de nausées très intenses ; constipation pendant la crise. Température : 37°5, 38°.

A l'examen, toute la moitié droite du ventre est moins souple que l'autre moitié, la fosse iliaque et le flanc droit sont occupés par une masse allongée qui remonte presque sous les fausses côtes et descend jusqu'à deux, trois travers de doigt de l'arcade crurale : masse douloureuse à la pression avec deux points de douleurs provoquées maxima : l'un à un travers de doigt et en dehors de l'ombilic, l'autre dans la zone de l'angle còlique droit. La palpation à ce niveau provoque un malaise très marqué.

Suc gastrique normal.

Intervention, 5 mars 1912 : incision latérale passant par l'ancienne cicatrice. Réparation parfaite de tous les points. L'épiploon présente des lésions très nettes d'épiploïte très marquée dans sa moitié droite, sous forme d'un gros paquet dur d'épiploïte chronique; cette portion droite adhère très nettement au niveau de l'angle côlique droit et sur la face antérieure du côlon ascendant (sur 5 cent. environ), une bride fibreuse va s'insérer au niveau de l'angle iléo-cæcal. Libération des adhérences, section de la partie fibreuse, résection de l'épiploon dans toute la zone altérée.

OBSERVATION XIX (Inédite)

(Professeur Gosset.)

Epiploïte chronique avec adhérences pariétales et adhérences cæcales

M. D..., 38 ans.

Opéré en 1910 (cure radicale de 2 hernies inguinales) et appendicectomie par la même incision que la hernie droite, appendice chroniquement enflammé avec calculs stercoraux, ulcérations, sans adhérences).

Deux ans après, octobre 1912, apparition progressive d'un syndrome douloureux abdominal, avec crises de constipation et de diarrhée. Ce syndrome évolue par crises entre lesquelles subsistent des signes d'intoxication générale.

En 1916, aggravation très nette des signes caractéristiques de cœlite, évacuations diarrhéiques, muqueuses, post-prandiales avec épreintes et ténésme. En même temps, apparaissent au niveau des deux cicatrices deux petites éventrations très douloureuses spontanément, avec irradiations vers l'ombilic et plus douloureuses encore au palper. Les douleurs spontanées, très intenses, accompagnées d'une sensation de plénitude abdo-

minale très particulière, constituent le signal-symptôme d'une crise de côlite se prolongeant durant six, dix, quinze jours.

En 1918, à la suite de surmenage physique, le syndrome devient permanent, la côlite s'exagère et les garde-robes prennent un caractère de nécessité impérieuse d'une grande intensité.

Deux examens radiologiques (D^{rs} Bensaude et Barret) montrent : un transit très ralenti du lavement bismuthé à l'angle côlique gauche et à la partie moyenne du transverse, en même temps qu'une spasmodicité très exagérée au niveau du côlon droit et du cæcum.

On porte le diagnostic de coudure du côlon transverse par épiploïte adhérente avec côlite.

Intervention décembre 1918 (professeur Gosset).

Epiploïte diffuse, avec rétraction en masse de l'épiploon ; les bandes de rétraction partent de la face profonde des deux cicatrices, la plus nette adhère au cæcum. Résection totale de l'épiploon.

Suites : amélioration très lente ; la côlite persiste jusqu'en 1921. Depuis octobre 1921, état très satisfaisant.

OBSERVATION XX (Inédite)

(Docteur Desplas.)

Epiploïte adhérente à la paroi

Mlle F..., appendicectomie pour appendicite chronique en 1919. Quelques mois après, en 1920, surviennent : des douleurs abdominales, prédominantes à droite, avec ballonnement, vomissements à chaque prise alimentaire, périodes de constipation, coupées de crises diarrhéiques.

Ce syndrome abdominal qui procède par crises s'accompagne d'amaigrissement progressif, avec altération de l'état général, nausées persistantes. Les règles deviennent douloureuses.

La cicatrice est normale, mais douloureuse, ainsi que tout le trajet du côlon jusque dans la fosse iliaque gauche.

On croit à une lésion gastrique, mais l'examen radioscopique négatif sur l'estomac, montre un transverse fixé et douloureux à la palpation sous l'écran.

Janvier 1922. — Intervention (Dr Desplas) : laparotomie médiane, légères adhérences épiploïques au niveau de la cicatrice ; le péritoine est rouge, l'épiploon très enflammé, épais, cartonné, est adhérent au cæcum.

Petite lésion de salpingo-ovarite droite ; foie et vésicule normaux. Rien à signaler sur l'estomac.

On résèque l'épiploon dans sa totalité et on pratique une castration unilatérale droite.

Suites : normales, la malade est revue en août 1922 : les douleurs ont disparu, elle a engraisé de 4 kilogrammes.

OBSERVATION XXI (Inédite)

(Docteur Desplas.)

Epiploïte chronique adhérent à la cicatrice et au cæcum

Mlle V..., opérée en février 1921 pour appendicite chronique et annexité droite.

À la suite d'une intervention souffre beaucoup au niveau de la cicatrice et au niveau de l'abdomen : douleurs spontanées et douleurs provoquées.

Cicatrice horizontale, chéloïdienne, très douloureuse et très adhérente au plan profond.

Au toucher vaginal, gros utérus douloureux.

21 février 1922. — Intervention du Dr Desplas. Laparotomie médiane : tout l'épiploon est adhérent à la cicatrice, le tablier épiploïque atteint d'épiploïte massive prend une forme triangulaire, la base du triangle répondant à la cicatrice opératoire. L'appendice a été enlevé, mais l'épiploon adhère au

cæcum ; l'utérus est gros, mou, les annexes atteintes d'ovarite sclérokystique adhérent, mais lâchement, à l'épiploon ; on pratique une résection de l'épiploon après libération de ses adhérences et l'hystérectomie supra-vaginale.

Suites opératoires : sans incidents.

La malade a été revue en mai ne souffrant plus, excellent état général.

OBSERVATION XXII (Inédite)

(Docteur Soupault.)

Epiploïte libre légèrement adhérente au cæcum

M. L..., 40 ans.

Opérée de l'appendicite à froid en 1916 (14 août).

Suites opératoires normales.

Pendant six mois état général excellent et localement aucun trouble, aucune douleur.

En mars 1917 après des travaux fatigants, elle recommence à souffrir dans la région inguinale droite et la région lombaire droite.

Douleur constante qu'aucune position ne peut faire disparaître, et qui semble augmentée par la position levée du bras droit.

Pas de troubles digestifs. Ni vomissements, ni constipation, appétit normal.

Périodes intermittentes de calme.

En décembre 1919, la malade importunée par la persistance des douleurs vient consulter.

La palpation ne révèle qu'une région douloureuse dans la fosse iliaque droite au niveau et en dedans d'une cicatrice souple, normale.

Opération le 19 janvier 1920 (D^r Soupault).

Incision circonscrivant l'ancienne cicatrice cutanée qui est excisée.

A l'ouverture de la paroi, muscles parfaitement cicatrisés ; le péritoine est très adhérent au fascia transversalis ; on l'ouvre, le cæcum congestionné est extériorisé, il adhère nettement à quelques franges du grand épiploon (le point précis n'a pas été noté). Celui-ci est rouge, granité, enflammé ; on le résèque après libération sous ligatures enchaînée aux catguts.

Sérum chaud, paroi en 3 plans aux catguts.

Agrafes de Michel sur la peau.

Suites immédiates normales, la malade sort le quinzième jour.

Depuis les dernières nouvelles les douleurs n'ont pas reparu.

La malade en très bonne santé a pu reprendre ses occupations.

OBSERVATION XXIII

(Tavel.)

Pérityphlite

Jeune femme.

Appendicite chronique.

Trois crises en janvier 1900.

Intervention : 3 juillet 1900.

Appendicectomie et ovariectomie droite.

Son état empire, en 1902 la malade a peine à se baisser et doit garder le lit. Fièvre vespérale. Alternative de constipation et de diarrhée.

Le cæcum constitue une tumeur sensible, mobile, douloureuse.

On pose le diagnostic de tuberculose cæcale.

Seconde intervention, 23 avril 1902.

Cæcum rempli de matières.

Sur la partie externe du côlon une large bride qui le fixe
flanc droit.

Section de la bride.

Fixation du cæcum.

Guérison complète.

OBSERVATION XXIV

(Tavel.)

Péricôlite

Appendicite opérée à froid le 4 mai 1902.

Aucune amélioration notable.

La malade marche courbée en raison des douleurs.

Opération 4 mars 1903.

Bride étranglant le bas du côlon ascendant.

Guérison.

OBSERVATION XXV

(Tavel)

Péricôlite

Jeune femme atteinte d'appendicite chronique avec des
douleurs de plus en plus fortes dans le côté droit.

Appendicectomy en 1900.

Appendice normal d'apparence.

Aucune amélioration notable.

En 1902, à la suite d'un accident, vomissements et douleurs
intolérables du côté droit. On diagnostique un rein mobile et
on pratique une néphropexie sans résultats.

Puis la malade présente de la fièvre continue, la tempéra-
ture monte à 38-39° le soir; elle a même atteint 43 degrés.

Tavel diagnostique une péricôlite post-opératoire.

Il intervient en 1904 et trouve un colon droit plissé en harmonica par des adhérences côlo-pariétales.

Libération de ces adhérences.

La fièvre tombe le lendemain.

Guérison complète de la malade.

OBSERVATION XXVI (Inédite, résumée)

(Service du prof. Gosset)

Epiploïte adhérente

Mlle C..., 21 ans.

Appendicectomie antérieure pour appendicite chronique.

Syndrome douloureux habituel, douleur iliaque droite survenant par crises.

Cicatrice vicieuse, douloureuse; constipation.

Diagnostic : Epiploïte.

On résèque l'ancienne cicatrice cutanée chéloïdienne.

Le péritoine ouvert, on voit la presque totalité de l'épiploon adhérer à la face profonde de la cicatrice et au petit bassin.

Epiploon épaissi, grenu, dur par endroits.

Résection totale de l'épiploon.

On explore le petit bassin.

Annexes gauches normales.

Ovaire droit normal. Mais la trompe droite est dure, à parois très épaisses; elle donne l'impression de tuberculose annexielle (pleurésie antérieure).

Salpingectomie droite.

Examen histologique. — Confirme le diagnostic de tuberculose.

Quitte la maison de santé guérie. Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION XXVII (Inédite)

(Professeur Legueu)

*Appendicectomie à froid. Persistance d'une douleur localisée.
Laparotomie itérative. Brides comprimant le côlon ascen-
dant.*

Mlle B..., 18 ans, est opérée le 12 novembre 1903 pour une appendicite chronique, caractérisée par des douleurs iliaques à droite et un léger mouvement fébrile.

Opération : Incision verticale sur le bord externe du muscle droit. Appendice libre. Appendicectomie sans drainage.

A la suite de cette opération il y a, pendant quelques mois, une amélioration de l'état général et de l'état local. Cependant, dans le courant de l'année 1904, la jeune fille se plaint de douleurs persistantes dans la fosse iliaque droite qui empêchent toute vie active. Cette douleur est plus intense et plus marquée après les repas. Dans le courant de l'année 1905, la persistance de cette douleur spontanée commence à inquiéter cette personne et sa famille; la douleur est fixe en un point, en haut et à droite de la cicatrice; c'est une douleur plus vive à la pression sans qu'on puisse constater d'empâtement sous-jacent; elle correspond à un point très localisé; elle se maintient et s'exagère quand la malade est couchée sur le côté gauche, elle n'est pas plus marquée dans la position verticale. Il n'y a pas de constipation, mais la santé générale est peu favorable: pas d'augmentation de poids depuis l'opération; il y a surtout un état d'asthénie et de découragement.

En octobre 1905, survient un phénomène nouveau; c'est une crise douloureuse aiguë, avec fièvre, simulant une crise d'appendicite aiguë.

Du 14 au 18 octobre, il y a des élévations vespérales de la

température qui monte jusqu'à 38° 8, avec un état général qui reste bon et une douleur beaucoup plus marquée dans la fosse iliaque droite. A ce moment, il est impossible de toucher la zone douloureuse, on a l'impression qu'un abcès va se faire. Sous l'influence de la glace, les choses s'arrangent, mais la douleur persiste : la malade a la sensation d'une bride profonde ; elle a l'impression nette d'un obstacle.

Devant ces phénomènes, le 15 décembre 1905 : laparotomie. Sur le trajet de l'ancienne cicatrice, il n'y a pas d'adhérences à la paroi, mais on aperçoit une bride non épiploïque qui, en dehors du cœcum, part de la paroi et va en dedans passer sur le côlon ascendant pour se terminer sur le mésentère. Le côlon ascendant est nettement coudé et sensiblement congestionné au-dessus de la bride qui imprime son passage sur l'intestin ; il suffit de sectionner cette bride, et on voit immédiatement l'intestin reprendre son calibre, et sa coloration devient identique à celle du cœcum sous-jacent.

A la suite de cette opération, la sensibilité a persisté encore quelques mois dans la région, mais, peu à peu, les phénomènes locaux ont disparu. La santé est devenue florissante et cette jeune fille, qui est devenue religieuse, exerce aujourd'hui en Angleterre une très grande activité qui ne peut être compatible qu'avec une bonne santé.

SYNDROME GASTRIQUE

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

(Professeur Gosset.)

Epiploïte sans adhérences. — Syndrome gastrique

G... Fl., 37 ans.

Entre le 8 juillet 1920 (service du Dr Enriquez), pour douleurs de l'estomac.

Il y a quinze ans, douleurs très aiguës dans la fosse iliaque droite avec vomissements et fièvre.

Huit mois au lit.

Les six mois suivants reprend son travail : quelques douleurs lancinantes dans la fosse iliaque. Les douleurs réapparaissant plus aiguës, l'intervention est décidée.

Appendicectomie sans drainage.

Suites normales, satisfaisantes, sauf quelques douleurs au moment des règles.

Trois ans après. — Douleurs gastriques, malaises, somnolence, bouffées de chaleur après les repas, surtout le repas de midi. Pesanteur douloureuse persistant une heure après le repas et disparaissant après des renvois fréquents. Régurgitations, rares vomissements alimentaires, jamais d'hématémèses.

Selles parfois foncées, mais sans mœléna, semble-t-il. On avait diagnostiqué hyperchlorhydrie, dyspepsie nerveuse : échec des traitements institués.

Il y a trois ans : brûlures d'estomac périodiques tous les huit ou dix jours. Température 38 degrés. La malade doit garder le lit. Nausées et quelques renvois acides, sensation de torsion plutôt que de points douloureux précis.

Constipation légère. Amaigrissement.

Examen. — Assez bon état général. Température normale. Ventre souple. Cicatrice un peu large, pigmentée.

La palpation n'est pas douloureuse, sauf en dedans de la cicatrice, à 5 centimètres environ de l'ombilic. Réflexes normaux.

Examen des autres appareils négatif.

Radioscopie. — Estomac abaissé, hyperkinésie.

Couché. — Points douloureux dans la région iléo-cæcale.

Debout. — Le cæcum remonte.

Points douloureux en dedans du côlon ascendant.

Accolement fixe des deux branches de l'angle sous-hépatique.

Intervention 16 juillet 1920, professeur Gosset. Laparotomie latérale. Résection de l'ancienne cicatrice.

Épiploon épais, malade, *non adhérent*, on le lie en 8 paquets. Résection. Angle sous-hépatique, pylore, duodénum ; terminaison de l'iléon normal. Vésicule normale. Sort le 31 juillet, ne présente plus de douleurs. Aucune nouvelle depuis.

OBSERVATION XXIX (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

Épiploïte adhérente

Mr. M..., 34 ans.

Appendicectomie antérieure, pour appendicite chronique
Syndrome pylorique.

Quelques mois après douleurs épigastriques tardives, ren-vois, pyrosis, survenant par crises. Etat nauséeux. Anorexie.

Digestions lentes et pénibles.

Aucune action sédative du traitement médical.

On pose le diagnostic d'épiploïte post-opératoire.

Intervention du professeur Gosset.

Cicatrice douloureuse, non vicieuse, mais trop basse.

Laparotomie médiane.

Rien à l'estomac, ni à la vésicule, ni au duodénum.

L'épiploon adhère à la face profonde de la cicatrice d'une façon particulièrement intime.

On résèque cet épiploon épaissi sillonné de gros vaisseaux.

On laisse la moitié gauche qui paraît normale.

Sort guéri.

Guérison maintenue.

OBSERVATION XXX (Inédite)

(Professeur Gosset et Dr Lenoir.)

Épiploïte libre. — Adhérence du cæcum à la cicatrice

Mme S..., 34 ans.

Appendicectomie pour appendicite chronique d'emblée.

Treize mois après douleurs épigastriques rétro-sternales, renvois, pyrosis deux heures après les repas et calmées par l'ingestion alimentaire.

Ces douleurs surviennent pendant six mois puis accalmie de trois semaines sans traitement. On porte le diagnostic de coliques hépatiques et la malade va faire une cure à Vichy. Les douleurs prennent alors un caractère continu, sans soulagement. Un examen radiologique fait poser le diagnostic d'ulcère de l'estomac, malgré l'absence de vomissements ; pas d'hématémèses.

23 octobre 1921. — Cicatrice douloureuse, points douloureux péri-ombilicaux et épigastriques.

Chimisme : après repas d'épreuve, anachlorhydrie et hypopepsie.

Examen radioscopique. — Estomac hypotonique ; les points douloureux, fixes et très intenses sont extérieurs à la région pyloroduodénale, estomac très mobile.

Le diagnostic d'épiploïte et d'adhérences péricæcales est posé.

Intervention, décembre 1921, professeur Gosset.

Laparotomie sous-ombilicale.

Rien à l'estomac.

Rien au pylore, ni au duodénum, ni à la vésicule.

Mais le cæcum est intimement adhérent à la paroi au niveau de la cicatrice d'appendicectomie ; on le libère aux ciseaux et au bistouri, on le péritonise à nouveau.

Epiploon grenu, épaissi, granité ; on le résèque (5 ligatures au catgut).

Huit jours après l'intervention une crise douloureuse épigastrique très intense, puis amélioration lente, mais progressive avec de temps à autre quelques petits incidents passagers dans la fosse iliaque droite.

Les manifestations gastriques ont disparu.

OBSERVATION XXXI (Personnelle)

Epiplôite pérityphlite. — Syndrome gastrique

L... Francine, 22 ans.

Depuis 1913, appendicite chronique. Douleur dans la fosse iliaque droite survenant par crises, spontanée et provoquée par la palpation au point de Mac Burney. Constipation.

En même temps, syndrome douloureux épigastrique. Brûlures, tiraillements, douleurs en ceinture sans horaire fixe. L'ingestion des aliments n'amène aucun soulagement ; n'a jamais eu d'hématémèses. Nausées persistantes. Constipation habituelle coupée de crises diarrhéiques. Les douleurs épigastriques surviennent par crises à de très courts intervalles ; de l'endolorissement de la fosse iliaque droite subsiste cependant et la pression au point de Mac Burney provoque une réaction douloureuse de la zone épigastrique. L'influence des règles sur ces crises douloureuses est notée.

● Appendicectomie le 1^{er} juin 1920 :

Les douleurs de la fosse iliaque s'atténuent très sensiblement ;

Les fonctions intestinales se régularisent ;

Sédation des manifestations gastriques.

Quatre mois après, en octobre 1920 :

Les douleurs de la fosse iliaque se manifestent à nouveau avec plus d'intensité qu'avant l'intervention ; il en est de même pour les troubles gastriques : les crises sont plus aiguës, il y a moins d'intervalle entre elles ; la marche, la station debout prolongées augmentent les douleurs du flanc droit, puis les dou-

leurs épigastriques. La malade se baisse difficilement et souffre en se relevant.

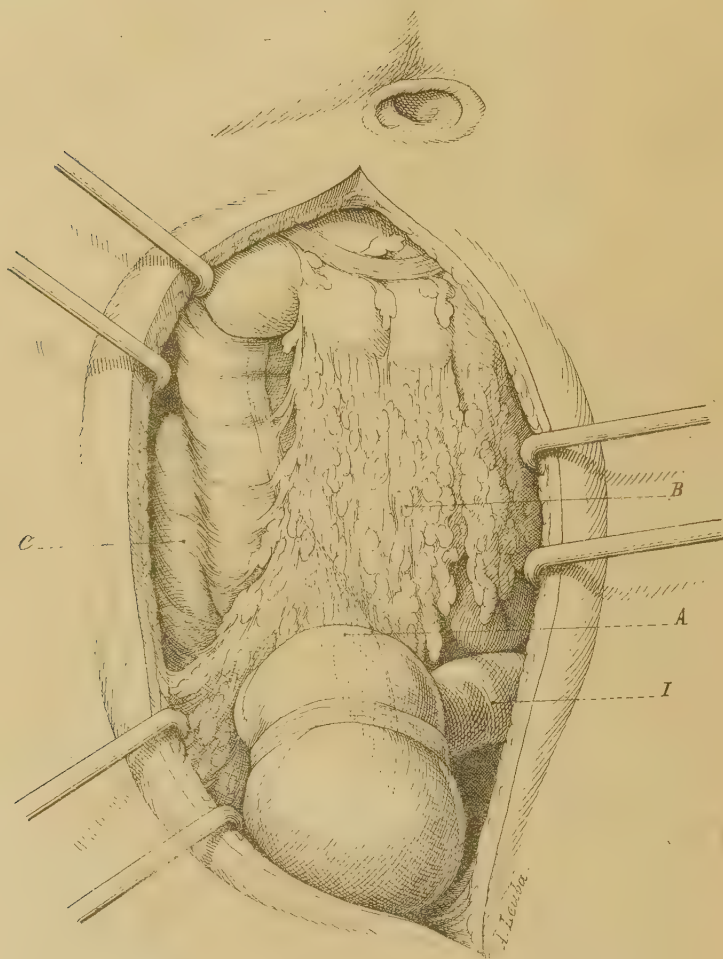


FIG. 1 (La... Francine)

Le cæcum basculé fond en haut, est fixé par ses adhérences pariétales et épiploïques.

- A. — Zone d'adhérences à la face profonde de la cicatrice.
- I. — Terminaison de l'iléon adhérent aux plans pariétaux.
- B. — Epiploon (épiploïte chronique).
- C. — Angle colique droit accolé en canon de fusil.

Les repas provoquent des manifestations gastriques douloureuses, puis des douleurs irradiées dans la fosse iliaque droite. Amaigrissement très marqué. Asthénie, perte des forces.



FIG. 2 (La... Francine)

Radiographie du gros intestin avant l'intervention.

Céphalée violente résistant aux antinervins. Nausées presque continuelles ; langue saburrale. Constipation pendant sept à dix jours. Hyperexcitabilité nerveuse. Cauchemars. Insomnie.

Chimisme gastrique après tubage et repas d'épreuve :

Hyperchlorhydrie $H = 1,13$, présence d'acide lactique.

Weber négatif dans les selles.

Analyse du sang : Globules rouges 3.200.000, quelques globules déformés.

Leucocytose légère 7.300, sans lymphocytose.

Mais éosinophiles : 7 0/0.

Examen physique. — Très belle cicatrice, ferme, blanche, linéaire, de huit centimètres de longueur. Abdomen un peu ballonné. La cicatrice n'est ni douloureuse ni adhérente aux plans profonds.

A la palpation, pas de points douloureux en dehors d'elle. Par contre, points douloureux très nets en dedans d'elle, entre la cicatrice et la ligne médiane, surtout au niveau de ses 2/3 inférieurs. La douleur provoquée diminue de bas en haut. Irradiations épigastriques, pas de points douloureux à l'angle côlique.

Mais on note des points douloureux très intenses, épigastriques, avec contracture des droits ; la douleur provoquée s'irradie en arrière vers le rachis.

La fosse iliaque gauche ne présente aucun symptôme anormal.

Examen gynécologique. — Rien à signaler.

Pas de température habituelle.

Radioscopie. — Points douloureux en dedans du côlon ascendant. Cæcum fixé, ne remonte pas dans la position couchée. Epiploïte probable.

Vérifier la région pyloro-duodénale.

Estomac hyperkinésique, points douloureux pylorique.

Radiographie. — Côlon spasmé, il semble qu'il n'y ait plus ni cæcum, ni côlon ascendant.

Intervention. — Nous-même, avec l'autorisation du Prof. Gosset : Laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Le cæcum est fixé à la cicatrice et basculé en haut. L'épi-

ploon grenu, épaissi, se ramasse en une plaque épaisse passant entre la face antérieure du côlon ascendant et la face antérieure de l'ampoule caecale basculée, elle fait adhérer intimement



FIG. 3 (La... Francine)
Radiographie du gros intestin après l'intervention.

deux organes et plus en dehors adhère lui-même à la paroi abdominale. La dernière anse iléale adhère à la paroi abdominale sur 12 centimètres environ.

Libération prudente du cæcum et de l'iléon qui ne présentent pas d'altérations pariétales

Libération de l'épiploon que l'on résèque en totalité au ras du côlon transverse en 8 paquets.

L'angle droit présente des adhérences fixes en canon de fusil qu'on libère.

Le pylore et le duodénum sont normaux.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites post-opératoires. — Les fonctions intestinales se rétablissent. Les nausées et les vomissements, la céphalée mettent plus de temps à s'améliorer.

La malade quitte la Salpêtrière un mois après l'intervention, très améliorée.

La malade a été revue le 13 juin 1922. Très bon état général, a gagné quatre kilos. Les douleurs spontanées et provoquées ont disparu. Abdomen souple ; Les fonctions intestinales se rétablissent lentement, de temps à autre quelques périodes de constipation cédant facilement aux laxatifs. La céphalée, les migraines sont très améliorées.

OBSERVATION XXXII (Inédite)

(Professeur Gosset)

Epiploïte adhérente à paroi abdominale et au cæcum.

Syndrome gastrique

Kl..., 16 ans.

A 11 ans souffrait de brûlure d'estomac, avec vomissements après les repas.

Puis manifestations gastriques plus franches bientôt suivies de douleurs vives, spontanées et provoquées dans la fosse iliaque droite.

Appendicectomie à froid le 20 juillet 1918 par incision sous-ombilicale médiane.

Suites.— Les douleurs abdominales ont disparu ; les troubles dyspeptiques ont persisté ; douleurs intermittentes deux ou trois heures après les repas. Rares vomissements aqueux.

Clapotage à jeun à plusieurs reprises le lendemain d'un repas de carottes et de pruneaux. Au tubage, pas de débris de ces aliments, mais 80 cmc. de liquide :

$$H. = 1,82$$

$$A. = 2,48$$

avec présence d'acides de fermentation.

Tubage après repas d'épreuve : volume 125 :

$$H. = 2,19$$

$$A. = 3,20$$

Acides de fermentation

Weber dans les selles. Négatif.

Cicatrice ombilicale douloureuse — points douloureux en dedans d'elle — points douloureux épigastriques.

Radioscopie : estomac normal, *évacuant bien*. Sept heures après le repas, le bismuth est dans le grêle.

26 mars 1919. — Intervention du professeur Gosset : laparotomie. On résèque la cicatrice chéloïdienne, élargie et douloureuse. Tout l'épiploon adhère au péritoine *pariétal*. Le cæcum que l'on attire au dehors présente une adhérence filiforme qui le rattache à l'épiploon. On résèque cette adhérence et on constate un peu d'affaissement du cæcum au niveau de son fond.

Estomac normal.

Résection de l'épiploon, enflammé, augmenté de poids, doublé de volume, après ligature en 5 paquets.

Sortie le 12 avril. Guérison maintenue.

OBSERVATION XXXIII (Inédite)

(Docteur Gosset.)

Epiploïte adhérente. Périviscérîte iléale

M. K..., 25 ans.

Appendicectomie pour appendicite chronique en 1920. Le début des accidents remontait à 1916 ; il s'agissait d'une forme dyspeptique d'appendicite chronique.

L'intervention amène une amélioration assez nette, mais trois mois après les troubles douloureux et fonctionnels se manifestent à nouveau. Il s'agit de douleurs spontanées épigastriques, de brûlures calmées par les prises alimentaires et l'ingestion d'alcalins, des vomissements irréguliers sans hématomèses ; on ne note pas dans l'histoire de ce malade la présence de mœlena.

Ces douleurs qui se manifestaient par crises ont tendance à devenir continues. En janvier 1921, une crise plus violente que les autres, avec douleurs maxima dans la fosse iliaque droite fait transporter d'urgence le malade à l'Hôtel-Dieu ; on aurait pu croire à une crise d'appendicite aiguë si l'on n'avait pas constaté la présence d'une cicatrice iliaque d'appendicectomie.

Bon état général, pas d'amaigrissement notable.

A l'examen, cicatrice normale mais douloureuse à la pression, points douloureux épigastriques très nets.

Examen radioscopique. — Evacuation gastrique rapide avec hyperpéristaltisme, douleurs à la pression au niveau de la petite courbure. Le duodénum est visible par intermittence. Le cæcum reste fixé, mais l'angle cœlique se désunit complètement lorsque le malade passe de la position verticale au décubitus horizontal.

Examen hématologique. — Globules rouges 3.700.000 ; globules blancs 5.600 ; polynucléaires 40 o/o. Eosinophiles : 2 o/o.

Grands mononucléaires : 7 o/o ; moyens et petits : 20 o/o, formes de transition : 30 o/o.

Intervention en mars 1922 : professeur Gosset.

On incise au niveau de la cicatrice, on trouve l'épiploon adhérent à la partie supérieure de l'incision ; on le libère et on l'amène au dehors, on constate qu'avec lui sort une anse grêle au niveau de la terminaison de l'iléon ; cette anse grêle adhère intimement à l'épiploon ; on en résèque toute la partie malade en le liant en trois paquets ; puis on va contrôler l'état de la terminaison de l'iléon et du cæcum ; la terminaison de l'iléon présente une coudure inflammatoire très nette, par mésentérite rétractile. Libération des adhérences et libération du cæcum qui est légèrement fixé au péritoine pariétal. Pylore, duodénum vésicule, sont normaux.

Deux mois après l'intervention la disparition des troubles gastriques se maintenait.

OBSERVATION XXXIV (Inédite)

(Professeur Gosset.)

Epiploïte adhérente. Moignon non enfoncé. Syndrome gastrique

M... Marcelle, 26 ans.

Opérée d'appendicite en février 1918.

Souffrait depuis 1916 d'une douleur sourde de la fosse iliaque droite, avec exacerbations revenant par crises.

Nausées, vomissements au moment des crises alimentaires, puis bilieux, de saveur très acide, accompagnés de brûlures épigastriques.

En 1918, les signes douloureux de la fosse iliaque droite s'accroissent ; une crise plus nette pose le diagnostic d'appendicite, et on intervient.

Des accidents ont marqué la convalescence : un mois après l'intervention, abcès à répétition au niveau de la cicatrice.

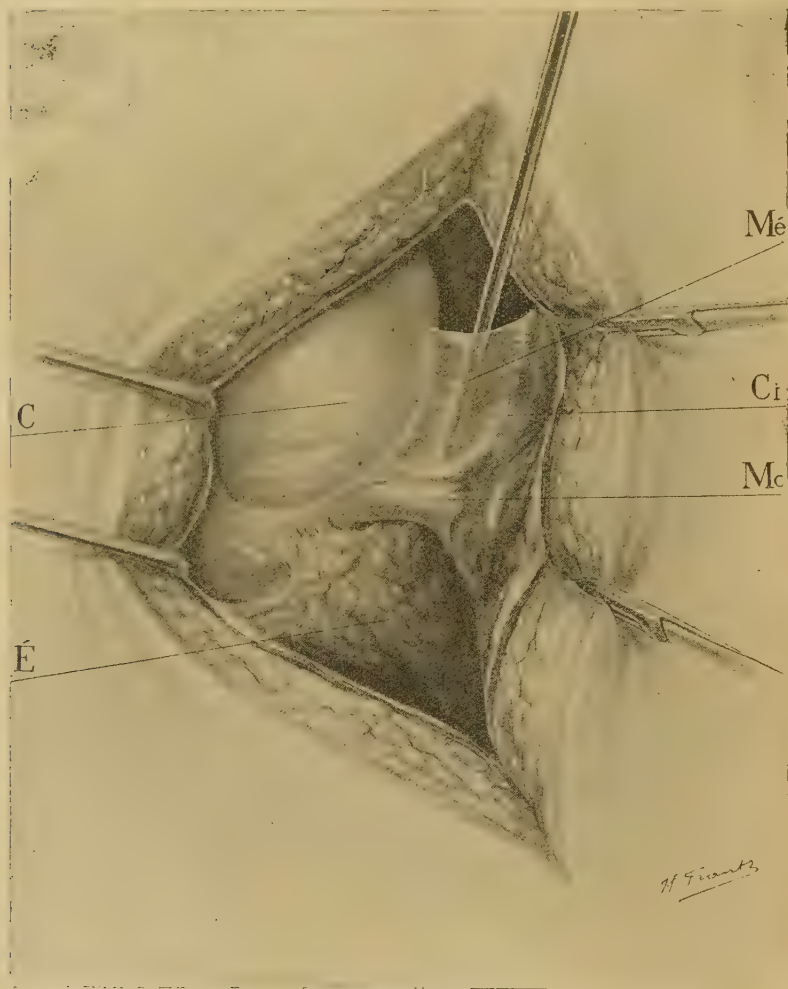


FIG. 4 (M... Marcelle)

- Me. — Mésos de nouvelle formation.
- Mo. — Moignon appendiculaire.
- E. — Épiploon atteint d'épiploïte chronique adhérente.
- C. — Cæcum.
- Ci. — Plans fibreux de la cicatrice.



FIG. 5 (M... Marcelle)

La pièce est étalée et fixée ; même nomenclature que pour la planche précédente.

La douleur spontanée iliaque droite s'atténue, surtout les manifestations gastriques et parmi celles-ci les vomissements. L'état général se remonte.

Mais, dix mois après, les crises gastriques réapparaissent durant huit à dix jours sans hématomésos avec un élément nouveau : douleur en barre sus-ombilicale, irradiant dans les flancs, droit et gauche, exacerbée par la station debout prolongée, la flexion du corps en avant. La malade doit interrompre tout travail. Constipation par crises de trois, quatre, cinq jours suivies de débâcles diarrhéiques. Légère élévation thermique au moment des crises.

Examen physique. — La cicatrice : 10 centimètres environ de longueur, déprimée, large de 2 centimètres, très pigmentée, adhérente aux plans profonds, très douloureuse à la pression. en dehors d'elle pas de *points douloureux*. En dedans, douleur provoquée très vive, dont l'intensité croît de bas en haut. Pas de points douloureux au niveau de l'angle côlique droit ni au point cystique. Points douloureux très nets dans la région épigastrique, avec contracture des droits. Clapotage gastrique à jeûn. La fosse iliaque est douloureuse, seulement à la pression profonde.

Etat général très atteint, amaigrissement ; perte des forces, les troubles de l'évacuation intestinale subsistent.

Examen hématologique. — Pas de lymphocytose.

23 décembre 1921. — Intervention du Dr Desplas. Rachianesthésie. Incision ovalaire circonscrivant la cicatrice. On incise l'aponévrose du grand oblique et on arrive sur le transverse. On trouve le péritoine facilement en dehors de la cicatrice près de la crête iliaque et on entre d'emblée dans le péritoine sain. On rabat la cicatrice en dedans et on aperçoit, partant du cæcum le moignon appendiculaire, long de 2 centimètres, fixé au péritoine pariétal. Un feuillet péritonéal à deux feuillets va du péritoine cicatriciel à la bande antérieure du cæcum ; il englobe en

bas le moignon appendiculaire ; son bord supérieur est concave en haut et libre.

Derrière ce voile, l'épiploon *adhère à la cicatrice* et, plus bas, vient se fixer au cæcum et à la paroi abdominale antérieure.

On pratique l'appendicectomie du moignon par section première de la base et enfouissement. On sectionne ensuite en péritoine sain le bord intérieur de la cicatrice. Cicatrice pariétale, moignon, sont réclinés en dehors et ne tiennent plus que par l'épiploon malade, qui adhère au côlon transverse et abaisse la région duodéno-pylorique. On détruit les adhérences qui l'unissent au cæcum, et on le résèque très haut en laissant adhérent à la cicatrice l'épiploon ainsi extériorisé. Exploration de l'estomac, du pylore, de la vésicule, négative.

Reconstitution de la paroi en trois plans, un petit drain est laissé dans la région celluleuse propéritonéale.

Les suites ont été normales et favorables.

Les douleurs spontanées de la fosse iliaque droite ont progressivement disparu. Les manifestations gastriques, douloureuses, de même ; les vomissements alimentaires ne se sont espacés que plus lentement pour disparaître au moment où la malade a quitté l'hôpital, un mois environ après l'intervention.

OBSERVATION XXXV

Epiploïte probable. Stase intestinale. Syndrome gastrique

T... Anna, 34 ans.

Appendicectomie le 21 février 1920.

La malade avait présenté une douleur sourde, permanente du côté droit. Exacerbations par crises, avec nausées et vomissements. Constipation, sans diarrhée.

A l'intervention, lésion très légère d'appendicite chronique. Suites normales. Disparition de la douleur du flanc droit.

Depuis janvier, se surajoutent de la céphalée fronto-pariétale intense; constriction permanente avec troubles visuels, sensation de voile devant les yeux; du vertige, de l'insomnie; des troubles digestifs à type spécial, brûlures une demi-heure après les repas et durant une heure, douleurs épigastriques transfixiantes sans irradiations scapulaires accompagnées de nausées, de renvois acides et de vomissements alimentaires, bilieux au moment des règles.

La malade présente un état mental particulier (D^r Alajouanine). Etat asthénique, psychique et physique; préoccupation de santé, de position, de situation (en partie justifiée), dépression consécutive, idées noires, pleurs, irritabilité extrême.

Sensations anormales. — Grincements dans le crâne; lourdeurs et vide de tête. En résumé, état de dépression avec *asthénie*, probablement sous la dépendance des troubles gastriques intestinaux.

Examen physique. — Malade en assez bon état, peu amaigrie. L'abdomen est légèrement ballonné. Cicatrice parfaite presque invisible, de 8 centimètres environ de longueur; aucun point douloureux précis en dedans d'elle. Pas de contraction musculaire, seulement endolorissement de la fosse iliaque.

Examen gynécologique. — Quatre enfants vivants. Rien à signaler.

Examen radioscopique (D^r Gutmann). — Gros cæcum douloureux. Angle côlique droit en canon de fusil, indécollable, stase iléale. L'estomac est en écharpe, l'angle droit attiré en dedans. Le côlon ascendant et la moitié droite du transverse gardent leur forme accolée dans l'examen en décubitus dorsal. Le cæcum remonte peu. Stase iléale sur plus de 20 centimètres. L'estomac garde sa forme en haltère. *Pylore fixé.*

La malade refuse l'intervention.

SYNDROME DUODÉNAL

OBSERVATION XXXVI (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte adhérente. — Péricôlite. — Péricholécystite.

V..., Julia, 27 ans.

Souffre de l'estomac depuis quinze ans.

Crampes épigastriques se terminant par l'expulsion de nombreux gaz par l'anus et survenant par crise deux fois par semaine.

Douleurs dans la fosse iliaque droite, spontanées et provoquées au point de Mac Burney.

Nausées et vomissements.

Constipation opiniâtre coupée de crises diarrhétiqes.

Aurait présenté du sang dans ses matières.

En janvier 1919 crise plus violente avec ICTÈRE.

On porte le diagnostic d'appendicite chronique.

Douze kilogrammes d'amaigrissement en un mois.

Le 3 mai, appendicectomie.

L'état reste stationnaire, puis empire.

Actuellement : douleurs abdominales diffuses continues plus marquées dans la fosse iliaque droite.

Cicatrice douloureuse.

Côlon descendant spasmé et douloureux à la palpation.

A la pression point douloureux dans la région sous-hépatique, crises épigastriques, brûlures, renvois acides exagérés par la faim et calmés par l'ingestion d'aliments.

Au moment des crises douloureuses, la région épigastrique

se tend et il survient des vomissements d'un liquide très acide.

Apyrétisme habituel.

Examen radiologique. — Faible quantité de liquide à jeun.

Fortes contractions prépyloriques avec évacuations duodénales assez fréquentes dès le début de l'examen.

Bulbe duodéal dilaté.

Duodénum visible en permanence.

Le cæcum et le côlon se dissocient difficilement.

Douleur vive à la pression profonde au niveau du coude duodéal et dans la région cæcale.

On porte le diagnostic d'ulcère du duodénum.

Intervention, 20 août 1919 (D^rs Berger et Charrier). — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

On attire l'estomac en dehors.

A son niveau ni induration ni cicatrice, le duodénum est normal mais l'épiploon adhère à la cicatrice dans la fosse iliaque droite et au cæcum qui est libre non dilaté.

Le tiers supérieur du côlon ascendant adhère à la face inférieure du mésocôlon transverse.

Adhérence lâche entre la face antérieure du petit épiploon et le fond de la vésicule biliaire.

On libère ces adhérences. Vésicule et duodénum normaux.

Résection du grand épiploon au ras du côlon transverse, après ligature en plusieurs pédicules.

Sort guérie en septembre.

OBSERVATION XXXVII (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte libre. — Pérityphlite

M... Gustave, 29 ans. Comptable.

Appendicectomie en juillet 1910.

Les symptômes présentés par le malade avaient été :

Crises douloureuses dans la fosse iliaque droite avec hyper-

esthésie passagère. Point de Mac Burney très douloureux à la palpation profonde.

Légère élévation thermique.

Pas de vomissements, pas de nausées.

Le début remonte à janvier 1910.

Les suites : amélioration sensible pendant deux ou trois mois puis douleur sourde, brusque dans la fosse iliaque droite moins vive qu'avant l'intervention apparaissant dans la station debout, le forçant à s'asseoir et disparaissant avec le repos.

Le malade change d'emploi, les crises douloureuses s'atténuent jusqu'en mai 1921.

Puis progressivement apparition d'un nouvel état.

Avant les repas sensation particulière de faim douloureuse, calmée par les premières bouchées.

A la fin du repas sensation de pesanteur, de ballonnement gastrique qui l'oblige à se déboutonner.

Renvois acides. Ces sensations se calment mais vers 3 ou 4 heures de l'après-midi de nouveau sensation de faim douloureuse progressivement calmée par un très léger repas.

Réveillé parfois à minuit par cette faim douloureuse.

L'appétit est conservé. Jamais de vomissements.

Pas de mœlena apparent. Jamais de douleurs en coup de poignard ou en coup d'épingles correspondant dans le dos.

Périodes de constipation avec débâcles diarrhéiques.

Assez bon état général, malgré un amaigrissement progressif.

Examen physique. — Ventre un peu ballonné.

Cicatrice non vicieuse normale d'aspect et de dimension, la palpation provoque de la contracture musculaire dans la moitié droite de l'abdomen sans hyperesthésie cutanée.

Points douloureux en dedans de la cicatrice, autour de la moitié droite de l'ombilic, deux points sont particulièrement nets dans la région épigastrique médiane et sous les fausses côtes droites. Douleur maxima dans la fosse iliaque droite.

Examen radiologique. — En position debout : estomac hy-

perkinésique, évacuation rapide, duodénum visible en permanence, douleur vive à la pression du bulbe duodénal.

En décubitus dorsal : l'angle côlique droit s'ouvre complètement, douleur maxima à la pression en dedans du côlon ascendant et au niveau de l'angle côlique sous-hépatique.

Analyse du sang :

Poly.....	41 o/o	} 59 o/o
Grand mono.....	11 o/o	
Lymphocytes.....	45 o/o	
Eosinophiles.....	3 o/o	

Suc duodénal : Weber légèrement positif.

Suc gastrique : négatif.

Intervention : 17 février 1922.

Opérateur D^r Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On voit d'abord le grand épiploon nettement malade épaissi et rétracté, le cæcum est adhérent à la paroi abdominale.

L'angle de la première et de la deuxième portion du duodénum est adhérent sous le foie. Il y a aussi de la péricholécystite, la vésicule est de couleur normale, sans calculs.

On libère toutes ces adhérences.

On ne voit, on ne sent pas d'ulcère.

Mais comme il y a nettement un syndrome duodénal et que l'estomac est hyperacide, on fait une gastro-entérostomie antipéristaltique.

L'estomac est très vascularisé.

On résèque ensuite la partie de l'épiploon la plus malade.

Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXVIII
(Service du Professeur Gosset.)

Syndrome duodénal

De F... C., 22 ans Epiploïte adhérente.

Première crise d'appendicite en mai 1910, violente, grosse réaction péritonéale, température élevée, se résolvant spontanément en un mois environ.

Deuxième crise larvée en octobre 1911, sans température. Appendicectomie fin novembre 1911.

De novembre 1911 jusqu'à la fin de juillet 1921, aucun incident.

Le 28 juillet 1921, crise douloureuse épigastrique, irradiant dans l'abdomen surtout à droite et se terminant brusquement par un vomissement huit heures après.

Le lendemain sensation de fatigue intense.

Le 14 septembre 1921 à 7 h. 30 du matin, douleur transfixiante à l'épigastre, nausées violentes et syncope.

La douleur spontanée disparaît vite, mais le ventre reste tendu, douloureux à la palpation, surtout à droite sous les fausses-côtes.

A 23 heures même douleurs spontanées, suivies de nausées.

Les jours suivants, défense à droite et point douloureux précis au carrefour.

On pense à une ulcération pylorique, ou à une cholécystite, d'autant que l'on constate de la stase stomacale caractérisée par du clapotage à jeun.

Examen des selles. — Premier examen : Weber faiblement positif ; deuxième examen : Weber franchement positif.

A partir du 8 octobre les phénomènes rétrocedent. Mais la palpation est très douloureuse, l'abdomen reste hyperesthésié.

Au bout de huit jours de constipation, une selle fétide liquide, noirâtre, avec coliques très intenses.

Examen radioscopique (10 décembre 1921). — La région pyloroduodénale est douloureuse à la pression ; à la quatrième heure l'estomac n'est pas encore complètement évacué ; stagnation au niveau de bulbe duodénal déformé, et au niveau de la partie haute de la deuxième portion du duodénum ; violents mouvements antipéristaltiques.

Conclusion. — Ulcération portant sur la partie haute de la deuxième portion du duodénum (D^r Henri Bédère).

Le 6 janvier le malade entre à la maison de santé.

Examen du D^r Desplas. — Estomac dilaté, un peu gargouillant avec contracture des muscles droits

Douleur nette au niveau de la cicatrice d'appendicectomie qui est épaisse et douloureuse. Longueur 8 centimètres. Epaisseur 2 centimètres.

11 janvier, intervention du professeur Gosset :

Incision médiane sus-ombilicale.

Pylore, duodénum et vésicule normaux.

Quelques adhérences autour de la vésicule qui est saine.

En relevant l'estomac on voit l'épiploon amarré autour de la cicatrice d'appendicite. On libère cette épiploon très malade.

On le résèque aussi près que possible du côlon transverse, complètement en le liant en 7 paquets.

La terminaison de l'iléon est normale.

Suites particulièrement favorables.

En juillet 1922 augmentation de poids 10 kilos : sédation complète des troubles douloureux.

SYNDROME D'OBSTRUCTION

OBSERVATION XXXIX (Inédite)

(Dr Charrier.)

Épiloïte chronique péricôlite de l'ange côlique droit

Mlle D..., 22 ans.

Opérée en 1913 pour appendicite apyrétique.

Pendant un an état satisfaisant, puis douleurs, migraines, alternatives de constipation et de diarrhée.

Constipation cinq à six jours, puis huit à dix selles.

Douleurs diffuses matinales, ballonnement abdominal, gaz, à la fin de la crise bruits musicaux.

Amaigrissement; rien de tuberculeux malgré des antécédents familiaux.

Examen. — Cicatrice normale mais douloureuse à la pression.

L'angle côlique droit et le côlon transverse sont douloureux.

Mais la douleur provoquée est plus intense en dedans du point de Mac Burney.

A ce niveau on croit sentir une petite masse irrégulière, mobile et douloureuse.

Examen radiologique. — Ingestion de carbonate de B_i la veille, deux prises de 50 grammes à 7 heures et 10 heures, le jour de l'examen à 10 h., 75; en décubitus dorsal, le grêle est invisible sauf terminaison de l'iléon.

Transverse fragmentairement rempli; transit accéléré; mais le cæcum est volumineux, son aspect ainsi que celui du côlon ascendant est assez particulier; le bismuth y est distribué irrégulièrement, donnant une image granitée de tuberculose cæcale.

Le cæcum est difficilement mobilisable, il est douloureux à sa partie supérieure et interne; en station verticale, la mobilité

cæcale est toujours minime, les point douloureux précités se retrouvent.

Deux clichés radiographiques confirment les données radios-



FIG. 6

Radiographie du côlon droit prise en décubitus ventral.

Z. — Zone de douleur maxima à la palpation.

copiques ; trente heures après la dernière ingestion le bismuth reste dans le cæcum qui garde son aspect granité.

Conclusions. — Tuberculose cæcale.

Examen coprologique : Weber négatif, Mayer partiellement positif.

Diagnostic clinique. Tuberculose cæcale.

Intervention décembre 1921 : Dr Charrier.

Incision iliaque droite parallèle au bord externe du grand droit ; pas de résection de l'incision.

Cæcum sain, non dilaté.

Complètement accolée ainsi que l'ascendant à la moitié droite du transverse par une membrane péritonéale courte.

Le fond du cæcum est rétracté en haut et à gauche, ce qui explique l'encoche radiographique.

On sépare entièrement le transverse et l'ascendant.

On résèque entièrement l'épiploon atteint d'épiploïte. On péritonise par un surjet au catgut fin toute la surface cruentée du côlon ascendant.

On fixe à la paroi abdominale antérieure l'angle droit par quelques points à la soie fine placés au niveau de la surface cruentée du transverse.

Les suites ont été excellentes.

Janvier : amélioration complète ; plus de constipation.

OBSERVATION LX (Inédite)

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte, adhérences péricôliques

P... Pauline, 32 ans.

Appendicectomie en 1916.

Quelques mois après recommence à souffrir du côté droit.

Douleurs tardives, après le repas ; brûlures épigastriques, vomissements acides, nausées survenant par crises qui font

penser à un ulcère de l'estomac pour lequel on pratique une gastro-entérotomie.

La douleur dans la fosse iliaque droite ne s'atténue pas, au contraire, douleur continue avec exacerbations très vives.

Brûlures constantes dans la région épigastrique.

Pas de vomissements.

Température normale.

L'état général s'altère, l'appétit diminue ; amaigrissement marqué.

Périodes de constipation coupée de crises diarrhéiques (glaires dans les selles).

Par intervalle léger ictère franc, la région vésiculaire est douloureuse.

Examen. — Cicatrice normale d'aspect, sans adhérence aux plans profonds, mais douloureuse.

On sent une masse douloureuse sous la paroi, très sensible et roulant sous le doigt.

Examen radiologique. — La bouche de gastro-entérostomie fonctionne bien.

Cæcum non déformé mais fixé, ne remonte pas dans la station horizontale.

Douleur très vive sur le bord interne du cæcum.

Pas de stase iléale.

Déformation de l'angle cœlique droit, accolement fixe en canon de fusil.

19 novembre 1919. — Intervention du professeur Gosset.

On fait une grande incision le long du bord externe du muscle droit.

Le côlon ascendant est fixé à son origine à la paroi abdominale postérieure.

De même le cæcum est fixé aux plans postérieurs.

La terminaison de l'iléon est normale.

L'épiploon grenu, triplé d'épaisseur, entoure et adhère au côlon ascendant et coude l'angle sous-hépatique.

On résèque la moitié droite de l'épiploon.

On libère les adhérences péricæcales, péricôliques : la vésicule est normale.

La bouche de gastro-entérostomie ne présente rien d'anormal.

Sort guérie.

OBSERVATION XLI (Inédite)

(Professeur Gosset.)

Epiploïte. — Bride de Lane

P... Marcel, 25 ans.

Appendicectomie en novembre 1917.

Souffre dans le bas-ventre depuis son opération.

Immédiatement après le repas, ballonnement épigastrique puis coliques douloureuses dans la fosse iliaque droite ; deux heures après, ballonnement marqué de la région cæcale avec gargouillements et bruits musicaux.

A la suite de renvois, d'émission de gaz par l'anوس, les douleurs se calment, le ballonnement disparaît.

Anorexie, insomnie après le repas du soir.

A l'examen : cicatrice douloureuse, large et pigmentée.

Le cæcum dilaté, clapotant, occupe toute la région entre la cicatrice et la crête iliaque.

Apyrétisme.

24 mars 1920. — Intervention du professeur Gosset.

Résection de l'ancienne cicatrice.

L'épiploon malade est lâchement adhérent à la paroi.

Le cæcum est normal.

On trouve une bride de Lane sur l'iléon à 4 centimètres du cæcum qui s'insère en arrière sur le détroit inférieur.

Section de la bride.

Résection épiploïque.

Sort guéri le 12 avril. Guérison maintenue.

OBSERVATION XLII

(Professeur Gosset.)

Epiploïte adhérente

Adhérences des derniers centimètres de l'iléon à la paroi

Mlle L...

Appendicite chronique antérieure.

Appendicectomie faite il y a sept ans.

Quelques mois après douleur permanente de la fosse iliaque droite. Anorexie, migraines fréquentes.

Depuis trois ans crises douloureuses très vives, sans fièvre, surtout marquées dans la moitié droite de l'abdomen, avec nausées coïncidant avec des périodes de constipation prolongée, coupée de débâcles diarrhéiques très fétides.

Cicatrice longue de 10 centimètres, chéloïde, élargie et douloureuse.

On sent à la palpation un paquet d'adhérences à la partie inférieure de la cicatrice.

Examen radiologique. — D^r Ledoux-Lebard.

Transverse mobile.

Un angle droit normal.

Cæcum englobé dans magma d'adhérences, douloureux à la pression, ne change pas de position dans le décubitus dorsal.

6 mai 1919. — Intervention du professeur Gosset.

Résection de la cicatrice.

Le péritoine incisé.

Tout l'épiploon adhère à la face profonde.

On résèque l'épiploon en le liant en petits paquets au ras du transverse.

Le cæcum est dilaté sur la face externe.

Les 10 derniers centimètres de l'iléon sont rétrécis et adhèrent à la paroi abdominale.

Libération de ces adhérences.

Cæcopicature sur le bas-fond cæcal, à la soie.

Le moignon appendiculaire a encore presque un centimètre.

On a l'impression qu'il y a eu du côté de ce moignon quelques phénomènes inflammatoires propagés d'une part à l'épiploon, d'autre part et surtout à l'angle iléo-cæcal.

Sort guérie. Guérison maintenue.

OBSERVATION XLIII (Inédite)

(Professeur Gosset.)

V... Alice, 35 ans.

Entre dans le service le 3 décembre 1921 pour fissure anale et troubles gastro-intestinaux.

Opérée d'appendicite en décembre 1905, sans drainage.

Un an et demi avant, avait présenté deux ou trois crises caractérisées par une douleur fixe au point de Mac Burney survenant par crises accompagnées de nausées et de vomissements alimentaires.

Pas de fièvre dans l'intervalle, des signes de dyspepsie, digestions lentes, pénibles; pas de crises douloureuses, seulement une sensation de pesanteur épigastrique et des brûlures une ou deux heures après le repas. Pas de vomissements mais des renvois aigres, du pyrosis, de la sialorrhée. On ne retrouve pas de signe d'entérite par l'interrogatoire : pas de constipation habituelle, pas de crises diarrhéiques.

Dans les antécédents rien à signaler.

Mariée depuis deux ans et demi.

Règles régulières, pas de pertes.

Ni grossesses, ni fausses couches.

Après l'intervention :

La douleur au point de Mac Burney disparaît, sauf quelques élancements et une exagération passagère de la sensibilité locale.

Les signes de dyspepsie subsistent avec en plus de l'anorexie très marquée, non élective ; mais de nouveaux symptômes s'établissent progressivement.

De la constipation suivie de crises diarrhéiques. Les périodes de constipation durent deux, trois, cinq, huit jours ; elles s'accompagnent de ballonnement abdominal surtout marqué dans le flanc droit, avec nausées, renvois ; les essais d'alimentation prudente et exclusivement liquide sont suivis immédiatement de vomissements.

Pendant les périodes de constipation, migraine violente : la constipation résiste aux laxatifs mais à sa suite s'établissent des crises diarrhéiques douloureuses.

Ces douleurs débutent dans le flanc droit puis se généralisent à tout l'abdomen, d'abord vers l'ombilic puis dans la fosse iliaque gauche ; elles s'accompagnent de borborygmes.

Selles diarrhéiques fétides sans fausses membranes, sans sable, ni sang.

A l'examen cicatrice longue de 9 à 10 centimètres, large de 1.
Eventration partielle.

La cicatrice n'est pas douloureuse à la pression.

Mais la palpation provoque des points douloureux en dedans et au-dessous d'elle, la douleur provoquée est assez vive et détermine une contraction réflexe des droits avec irradiations vers l'angle cœlique droit et l'ombilic.

Le côlon ascendant est peu douloureux à la pression.

A la palpation : cæcum spasmé un peu distendu, tympanisme localisé à la percussion. Clapotage cæcal six heures et demie après l'ingestion d'une tasse de lait.

Malade amaigrie, pâle, très nerveuse, impressionnable, anxieuse, se plaint d'insomnie, asthénie profonde intellectuelle et physique.

Suc gastrique normal.

Examen radiologique (Dr Gutmann). — Examen en position verticale, accollement fixe en canon de fusil jusqu'au delà de

la moitié droite du transverse des deux branches de l'angle cœlique, douleur provoquée au delà du cœcum et en dedans du côlon ascendant surtout en dedans de l'angle cœlique droit. Dans le décubitus dorsal le cœcum s'élève peu et les deux branches de l'angle cœlique ne peuvent être dissociées.

Pas de stase iléale.

Estomac hyperkinésique.

Diagnostic. — Epiploïte probable ayant provoqué un accollement en canon de fusil de l'ascendant et du transverse.

La malade sort de l'hôpital après l'examen. Elle devait revenir pour subir une seconde intervention.

N'a plus donné de ses nouvelles.

OBSÉRVATION XLIV (Personnelle)

T... Marguerite, 40 ans.

Femme de ménage.

Entrée le 6 février 1922.

Opérée en 1913, novembre, d'appendicite chronique, d'emblée sans drainage, soulagement très net pendant six ans portant sur les douleurs de la fosse iliaque droite.

La constipation accusée par la malade n'a pas été sensiblement modifiée par l'intervention.

Etat actuel : cicatrice en très bon état à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et actuellement souple et indolore.

On note des points douloureux nets à la pression entre l'ombilic et le tiers supérieur de cette cicatrice.

La douleur est plus vive lorsqu'on se rapproche de l'ombilic, cette douleur à l'ombilic est intense et s'irradie en arrière vers la région postérieure vertébrale.

Fosse iliaque gauche peu douloureuse.

Côlon sigmoïde légèrement spasmé.

Pas de douleurs entre le rebord des fausses côtes droites et

l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite on réveille un peu de gargouillement de clapotage cæcal vers 10 heures du matin (la malade n'a pris qu'une tasse de lait à 7 heures).

La région épigastrique est sensiblement tendue et un peu douloureuse, et d'autant plus, qu'on se rapproche de l'appendice xyphoïde.

Signe de Rówsing négatif.

Pas de signes gastriques nets.

Pas de douleurs à caractère horaire.

Au point de vue intestinal ne reste pas plus de deux jours sans aller à la selle.

Bon état général, quelques migraines. Anorexie, pas de vomissements.

Examen gynécologique. — Utérus très mobile en antéflexion normale.

Culs-de-sacs vaginaux indemnes.

Exploration de la région rénale négative.

L'examen radiologique pratiqué par le Dr Gutmann ne donne aucun signe pouvant faire supposer une épiploïte chronique. Le cæcum est mobile. L'angle côlique droit normal. Mais le côlon transverse ptosé retombe dans le petit bassin.

Pas de stase iléale. Tous ces organes remontent bien dans l'examen en décubitus dorsal.

Sur les conseils de Gutmann on préfère soumettre la malade à un traitement médical.

La malade n'a plus donné de ses nouvelles.

OBSERVATION XLV (Dr Desplas)

Inclusion de nerfs dans la cicatrice

Mlle L..., 29 ans.

Appendicectomie en août 1920 pour appendicite chronique. La paroi a été faite à la soie, dans tous ses plans (le catgut

avait déterminé chez d'autres malades des accidents de suppuration récents .

A la suite, disparition complète du syndrome appendiculaire, mais apparition des douleurs pariétales dont le point de départ se trouve au niveau de la cicatrice ; ces douleurs s'accompagnent d'irradiations vers la ligne médiane, vers le pubis et vers la cuisse, douleurs très vives, sensation de brûlure avec élancements brusques et intenses.

A l'examen : cicatrice souple, mais sous la peau, au niveau du plan aponévrotique du grand oblique deux nodules correspondant à deux points faits à la soie. La palpation en ces points précis provoque une douleur très intense, avec les irradiations précitées.

En février 1922, nouvelle intervention sous la rachi. Incision de la cicatrice : on trouve sur l'aponévrose du grand oblique deux nodules cicatriciels englobant les soies. Résection de toute la bande aponévrotique intéressant les deux nodules. Les plans pariétaux sont anatomiquement distincts, le péritoine est libre.

Les suites opératoires se font sans incident, les douleurs ont complètement disparu depuis la seconde intervention.

OBSERVATION XLVI

(Service du professeur Gosset.)

Epiploïte chronique adhérente. — Cholécytite chronique

Sœur S...

Appendicectomie il y a seize ans pour appendicite chronique.

En raison de troubles douloureux survenus depuis plusieurs années et caractérisés par des douleurs intenses au niveau de la cicatrice et de la fosse iliaque droite survenant par crises de plus en plus marquées, on décide l'intervention (1919).

On réincise au niveau de l'ancienne cicatrice en faisant une

longue incision que l'on prolonge jusqu'au rebord costal et on ouvre le péritoine et on va explorer la face profonde de la cicatrice dans toute sa moitié inférieure l'épiploon est très adhérent.

On libère ces adhérences qui coudent le côlon transverse et on résèque l'épiploon en le liant en huit paquets.

La terminaison de l'iléon est normale, mais la vésicule contient trois calculs dont un enclavé dans le canal cystique.

Bile blanche.

Cholécystectomie.

Guérison.

CONCLUSIONS

1° Toute appendicite chronique est justiciable de l'appendicectomie en raison des complications toujours à redouter au cours de son évolution. Ces complications, en dehors des crises aiguës et de l'occlusion intestinale tardive, peuvent atteindre tous les appareils de l'économie : gros intestin, estomac, duodénum, vésicule biliaire, foie, organes génito-urinaires, poumons, système nerveux central et périphérique. L'appendicectomie, intervention bénigne dans ses suites immédiates, agit d'une façon très remarquable sur les lésions associées de ces organes.

2° Les résultats éloignés de l'appendicectomie comportent dans 25 à 30 0/0 des cas des séquelles douloureuses et fonctionnelles.

Ces séquelles ont une évolution progressive et peuvent se présenter suivant quatre types cliniques différents :

1° Une forme commune, la plus fréquente, qui rappelle de près ou de loin les signes de l'appendicite antérieure ;

2° Une forme dyspeptique à manifestations gastriques ou duodénales ;

3° Une forme caractérisée par des signes de sub-occlusion du côlon droit ;

4° Une forme anémique pseudo-tuberculeuse.

Ces formes à manifestations cliniques, parfois très dissemblables, peuvent présenter une série de points communs : les signes tirés de l'examen de la cicatrice, les points douloureux provoqués et parfois la présence dans la fosse iliaque droite d'une tuméfaction à caractères cliniques très particuliers ;

3° Il est souvent difficile de rapporter douleurs et troubles fonctionnels à l'appendicectomie antérieure. L'examen clinique ne donne que des signes de présomptions, seul l'examen radioscopique pourra fournir des signes de certitude.

M. Enriquez a isolé deux syndromes radiologiques des séquelles de l'appendicectomie ; un syndrome inflammatoire où dominant des signes de périviscérite et d'épiploïte, un syndrome mécanique où dominant des signes de ptose viscérale et de stase intestinale chronique.

Il pourra être nécessaire de compléter l'examen radioscopique par des clichés radiographiques qui fixeront d'une façon plus précise les déformations pathologiques du cæcum et du côlon droit.

L'examen du sang, dans certains cas, permettra de déterminer un type hématologique spécial, caractérisé par une leucocytose légère avec lymphocytose (Enriquez).

4° Ces séquelles douloureuses qui ont pu mettre en

doute l'existence même de l'appendicectomie au profit de lésions cæcales, péricôliques, ou d'une disposition particulière des différents segments de l'intestin pouvant aboutir à la stase intestinale chronique, peuvent résulter :

1) De lésions d'ordre congénital : ptose du cæcum, dilatation douloureuse du côlon droit, bride iléale de Lane.

2) Beaucoup plus souvent d'épiploïte chronique libre ou adhérente, d'adhérences inflammatoires péricæcales, péricôliques et pouvant dans certains cas même intéresser la dernière anse iléale.

Ces lésions associées peuvent être contemporaines de l'appendicite chronique et avoir pu passer inaperçues au cours de l'intervention. Elles peuvent se constituer après l'intervention en rapport étiologique étroit avec la côlite qui a continué son évolution, des lésions annexielles subaiguës ou chroniques ;

5° Leur traitement est avant tout un traitement préventif.

Ce traitement préventif comporte trois éléments :

1) La confirmation du diagnostic d'appendicite chronique ;

2) La recherche minutieuse, avant l'intervention, des lésions associées toujours possibles portant sur l'épiploon, le côlon droit, la dernière anse iléale et les annexes droites. Ces notions sont nécessaires pour l'établissement du plan opératoire ; dans certains cas elles pourront faire abandonner l'incision iliaque

pour la grande incision paramédiane droite, l'incision médiane sous-ombilicale et l'incision sus-ombilicale transversale de Gosset. Dans tous les cas, l'exploration de l'épiploon, de la dernière anse iléale, du côlon droit et la vérification des annexes droites s'imposent ;

3) Le traitement préventif comporte en outre un traitement médical post-opératoire prolongé dirigé contre la cœlite, facteur possible d'épiploïte et de lésions inflammatoires péricæcales et péricôliques. La thermoradiothérapie pourra rendre les plus grands services.

Le traitement des séquelles confirmées doit être chirurgical.

L'intervention n'est pas à conseiller aux malades qui se présentent avec un syndrome radiologique du type mécanique.

L'intervention doit être proposée, si l'examen radiologique a décelé des lésions inflammatoires péricæcales, péricôliques, atteignant l'angle sous-hépatique du côlon, déformant les régions pylorique et duodénale ou des signes permettant de penser à de l'épiploïte chronique.

Si la cicatrice est vicieuse il sera préférable d'intervenir sur la cicatrice.

Si la cicatrice est correcte, la meilleure voie d'abord sera la laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

Suivant les cas, on libérera les adhérences péricæcales et péricôliques, les deux branches de l'angle

côlique droit, on sectionnera une bride iléale de Lane ou l'on pratiquera une épiploectomie totale. Certains cæcums dilatés à parois flasques pourront être justiciables d'une cæco-plicature.

À la suite de ces interventions, souvent très complexes, la guérison complète ne sera pas immédiate, la thermo-radiothérapie trouvera encore là des indications intéressantes. Le traitement médical prolongé s'impose et nécessitera parfois beaucoup de patience de la part du malade.

Le Président de la thèse,

A. GOSSET

Vu Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

A. — COMPLICATIONS DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

1° Occlusion intestinale

- Bérard et Vignard. — De l'appendicite (Masson).
Cestan. — Appendicite et occlusion intestinale. *Gazette des Hôpitaux*, 24 janvier 1901.
Courciéras. — Les adhérences péritonéales d'origine appendiculaire. *Thèse Paris*, 1907-1908.
Duvergey. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chirur. de Bordeaux*, 12 février 1909.
Grouew. — Les occlusions intestinales appendiculaires. *Thèse Paris*, 1906.
— *XXIV^e Congrès français de Chirurgie*, 1911.
Jalaguier. — Invagination iléo-cæcale. *Acad. de Méd.*, 1903.
Marion. — Appendicite et occlusion intestinale. *Gazette des Hôpitaux*, 24 nov. 1900.
Lamy. — Les occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. *Thèse de Paris*, 1907-1908.
Lenormant. — *Presse Méd.*, 24 juin 1911.
Ruge. — *Arch. fur Klin. Chirurgie*, t. XCIV, n^o 4, 15 mars 1911.

2° Appendicite et entéro-côlite

- Académie de médecine*, 1906 (Discussion).
Bérard et Vignard. — *Loc. cit.*
Broca (A.). — (Conf. à Londres).
Bernard (F.). — Rapports de la côlite muco-membraneuse et de l'appendicite. *Bulletin médical*, 1903.
Beurnier. — Côlite muco-membraneuse et appendicite. *Journal des Praticiens*. Paris, 1900, p. 81, 6, 83.
Cornil. — Appendicite et entéro-côlite. *Acad. de Méd.*, juin 1900.
Descomps. — Syndrome toxémique chronique dans les appendicites sans péritonite. *Paris méd.*, n^o 34, 1921.
Dieulafoy. — Typhlocôlite. *Journ. des Praticiens*, avril 1906. *Académie de Méd.*, mai 1906.
Duret. — Appendicite et entéro-côlite. *Presse méd.*, 1906.

- Enriquez. — Traité de médecine de Berger, Enriquez, Laffite, Lamy.
- Pratique médico-chirurgicale (Dyspepsie).
- Ehrmann. — Appendicite et entéro-côlite. Paris, 1903.
- Girou. — De l'appendicite chronique pure. *Th. Paris*, 1912.
- Hartmann. — Appendicite et entéro-côlite. *Revue gén. des Sciences*.
- Lapeyre. — Résultats de l'intervention dans l'appendicite compliquée de côlite muco-membraneuse. *Gaz. méd. du Centre* (Tours), t. XVIII, n° 45, 1910.
- Lockwood. — Relation between colite and appendicite. *Brist. med. Jour.*, mars 1903
- Mongour. — Appendicite et entéro-côlite muco-membraneuse. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 11, 1909.
- Porter-Miles. — Cœlitis constipation and appendicitis. *Journ. amér. méd.* Chicago, 1900.
- Rastouil. — Appendicite chronique. *Th. Paris*, 1901.
- Reclus. — Appendicite et typhlo-côlite. *Presse méd.*, juin 1906. *Acad. de Méd.*, 1906. *Bulletin médical*, 1904.
- Richelot. — *Académie des sciences*, 1906, 1907, 1908.
- Roux (J. Ch.). — Pathologie gastro-intestinale de Mathieu et J. C. Roux. Doin, 1913, p. 542.
- Talamon. — La côlite appendiculaire. Paris, 1900.
- Mantl. — Cœlites muqueuses et ses relations avec l'appendicite et péricôlite. *Brit. Med. Journ.*, 11 juillet 1908.

3^e Complications gastriques et duodénales de l'appendicite chronique

- Austin. — Ulcus duodénal avec appendicite chronique. *Medical Record*, LXXVII, 23 avril 1910.
- Bérard. — *Loc. cit.*
- Bertran Dawson. — Gastralgies hémorragiques. *Brit. Med. Jour.*, t. II, p. 1032, 1905.
- Ewald. — Dyspepsie appendiculaire. *The Brit. Med. Journ.*, n 2566, 5 mars 1910.
- Carles. — Sur quelques cas de dyspepsie appendiculaire. *Jour. de médecine de Bordeaux*, 16 avril 1909.
- Fenwick. — Valeur clinique de l'hypersécrétion gastrique et de ses rapports avec une affection latente de l'appendice. *The Lancet*, t. CLXXVIII, n° 4515, 12 mars 1910.
- Foucault et Salignat. — Dyspepsie appendiculaire. *Presse méd.*, mai 1907.
- Grahamet Guthrie. — Le type dyspeptique de l'appendicite chronique, son diagnostic différentiel. *The Jour. of Amer. Med. Assoc.*, t. LIV, n° 12, 1910.

- Longuet. — Dyspepsie appendiculaire et son traitement. *Semaine médicale*, 1902.
- Lynn-Thomas, Rougrose et Gore. — Dyspepsie appendiculaire. *Brit. Med. Jour.*, 12 mars 1910.
- Moynihan. — La dyspepsie appendiculaire. *The Brit. Med. Journal*, n° 2561, 29 janvier 1910.
- Paterson. — Gastralgie appendiculaire. *The Lancet*, t. CLXXVIII, n° 4515, 12 mars 1910; t. CLXXX, n° 4559, 14 janvier 1911.
- Roux (J.-Ch.). — La dyspepsie appendiculaire. *Loc. cit.*, p. 586.
- Siredéy. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1903.
- Walter. — Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique. *Soc. de Chirurgie*, 1900, p. 254.

4° Complications hépatiques

- Chauffard. — Leçons cliniques sur la lithiasé biliaire (1914 Masson).
- Denucé. — Appendicite chronique, foie appendiculaire. *Gazette heb. des Sciences méd. de Bordeaux*, 1909.
- Dieulafoy. — Appendicite et cholécystite. *Presse méd.*, juin 1903.
- Le Gendre. — Syndrome cholélithiasique et appendiculaire. *Journal des Praticiens*, 17 mars 1906.
- Pœnaru Caplesco (Bucarest). — Les hépatites appendiculaires. *Concours médical*, 1921, p. 137.
- Pollart (Bruxelles). — Appendicite et cholécystite. *Bruxelles Médical*, n° 9, 1921.
- F Ramon. — La douleur appendiculaire au cours de la lithiasé biliaire, *Médecin Français*, 1^{er} juin 1921.
- Rosenow (M.-D.) (Rochester). — *Journal de Gynéc. et d'Obstr.*, juillet 1921.
- Silhol. — XXIV^e Congrès de Chirurgie (Rapport).
- Tripier-Paviot. — Péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire. *Encyclopédie Léauté*, 1903.
- Pathogénie péritonitique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques. *Sud Méd.*, 1903, p. 23.

5° Complications nerveuses

- Enriquez et Gutmann. — Les fausses coxalgies d'origine appendiculaire. *Société Méd. des Hôp.*, 18 juillet 1913.
- La sciatique appendiculaire. *Société méd. des Hôp.*, 27 juin 1913.
- Enriquez, Gutmann et Rouvière. — La vagotonie appendiculaire. *Soc. méd. des Hôp.*, 16 décembre 1921.

Rouvière. — Contribution à l'étude des réactions du pneumo dans l'appendicite chronique. *Thèse de Paris*, 1921.

Silhol. — *Loc. cit.*

6° Complications urinaires

Bérard et Vignard. — *Loc. cit.*

Brown. — Hématuries légères, appendicite rétro-cæcale, appendicectomie, guérison. *Amer. Jour. Med. Association*, mai 1910.

Brown, Engelbach et Carman. — Etude anatomique, pathologique et clinique des lésions englobant l'appendice. *Journ. of the Amer. Med. Association*, 7 mai 1910, n° 19.

Carlier et Leroy. — Les hématuries au cours de l'appendicite. *Province médicale*, 7 mars 1914.

Decousser. — Les hématuries au cours de l'appendicite. *Th. Paris*, 1919.

Fayolle. — *Thèse de Lyon*, 1913

Gouget. — Les hématuries de voisinage. *Presse méd.*, 15 juin 1912.

Hammersley. — Appendicite rétro-cæcale, hématuries. Appendicectomie, guérison. *New-York Med. Journal*, août 1909.

Hunner. — Appendicite chronique (appendice adhérent à l'uretère), hématuries. *Amer. Med. Association*, 1908.

Reynès. — Complications vésicales de l'appendicite. *Congrès de chir.*, 1900.

Riese. — Pyélite et appendicite chronique, n° 1, 1889, p. 88.

A. Schwartz. — Douleurs appendiculaires et rénales. *Progrès médical*, n° 37, 1910.

Silhol. — *Loc. cit.*

Von Frisch. — *Wiener Kl. Woch.*, juin 1912.

7° Complications génitales

Crossen. — Formes trompeuses de l'appendicite chez la femme. *Surgery gynecol. and obstric.*, août 1910.

Delagénrière. — Des relations de l'appendicite et des affections des annexes. *Congrès de Chirurgie*, 1907.

Delbet (Pierre). — Appendicite et salpingite. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1889.

Girou. — De l'appendicite chronique pure. *Thèse Paris*, 1913.

Paukhov. — Appendicite chez la femme. *Beitrag zur Geb. and Gynæk.*, 1908.

Richelot. — *Académie de médecine*, 1907.

Soupault et Jouault. — Appendicite larvée et troubles menstruels. *Soc. méd. des hôp.*, novembre 1903.

8° Complications thoraciques

- Faisans. — De l'appendicite chronique simulant la tuberculose. *Soc. méd. des hôp.*, 27 janvier 1911.
- Gutmann. — Les formes à surprise de l'appendicite chronique. *Thèse de Paris*, 1911.
- L'asthme appendiculaire. *Presse méd.*, 3 novembre 1920.
- Rocher. — Appendicite chronique à forme asthmatique. *Thèse Paris*, 1912.
- Silhol. — *Loc. cit.*

B. — LES SÉQUELLES D'APPENDICECTOMIE

- Auvray. — *Congrès de chirurgie*, 1911.
- Bitorf. — Sur la péricôlite. *Mitt ans greurg dei mediz. chirurg.*, 1089, t. XX, p. 150.
- Brown. — Lane operation. The indication and limitation of procedure with a discussion of the principe underlying. *Tr. South, Surgery and gynéc. Assoc. Wash.*, 1912, t. XXIV, p. 137.
- Garwardin. — Péricolitis. *British Med. Jour.*, 18 janvier 1913, p. 11.
- Cavaillon et Delroye. — Le volvulus du cæcum. *Rev. de Gyn.* 1906.
- Cignozzi. — Syndrome appendiculaire et cæcum mobile, *Clinica chirurgica*, t. XIX, n° 4, 30 avril 1911, p. 804.
- Connel. — Iléo-cæcal adhésions (Lane's kink and Jackson's membrane). *Surg. Gynec. and obstetrics*, novembre 1911.
- Cunéo. — Discussion, *Soc. de Chir.*, 2 avril 1914.
- Delbet (Pierre). — Discussion, *Soc. de Chir.*, 25 mars 1914.
- De Martell et Ed. Antoine. — Les fausses appendicites. Masson, 1922.
- Descomps. — Appendicites et épiploïtes. *Mémoire de médailles d'or*, 1905.
- Dreyer. — A propos du cæcum mobile. *Beit. Z. Klin. Chirurgie*, t. LXXV, août 1911.
- Duval (P.). — A propos de la péricôlite membraneuse. *Arch. des Mal. de l'appareil digestif*, mai 1910, p. 252.
- Chirurgie du gros intestin (cancer excepté). *Congrès français de chirurgie*, 1913.
- Contribution à la stase intestinale chronique par altération du côlon droit. *Soc. de Chir.*, 4 mars 1914.
- Gaston Durand et Nemours. — La diathermothérapie dans les affections du tube digestif. *Hôpital*, n° 73, 1922.
- Duroselle. — Péricôlite et appendicite chronique. *Th. Paris*, 1919.
- Duvergey. — Les adhérences douloureuses consécutives à l'appendicectomie. *Province méd.*, 1908, n° 31.

- Enriquez. — Les séquelles de l'appendicectomie. II^e cahier, 10 juin 1920. *Jour. de Méd. et de Chir. pratique*, 1919.
- Faure (J.-L.). — A propos de l'appendicite. *Presse méd.*, 1906.
- Fischler. — Die typhltonie als selbständiges Krankheitsbild und ihre beziehungen zur appendicitis. *Mitt. aus den Grezg. der med. u Chir.*, 1909. Bd. XX. H. 4. p. 663.
- Über die typhltonie. *Münch. med. Woch.*, 6 juin 1911, p. 123.
- Flint. — Embryonic bands and membranes about the cæcum. *John Hoph Hospital Bull.*, octobre 1912, n° 260.
- Girard. — *Revue méd. de la Suisse Romande*, t. XXX, n° 11, 1910, p. 915.
- Girou. — *Loc. cit.*
- Gouget. — Cæcum mobile et appendicite chronique. *Presse méd.*, 5 novembre 1910.
- Les pseudo-appendicites chroniques. *Paris méd.*, 16 mars 1919.
- Grégoire. — Péricôlite membraneuse et appendicite chronique. *Arch. des mal. de l'appareil digest.*, mai 1919.
- Dilatation douloureuse du côlon droit. *Id.* 1920, n° 8.
- Grisard. — Contribution à l'étude de stase intestinale chronique d'origine cæcale. *Th. de Lyon*, 1912.
- Haller. — L'épiptoite chronique en rapport avec l'appendicite et la côlite chronique. *Th. de Paris*, 1912.
- Hausmann. — Sur le cæcum mobile et l'appendicite errant. *Berl. Klin. Woch.*, 1905, n° 7 ; *Wiener Klin. Woch.*, 1908, n° 22 ; *Münch. Mediz. Woch.*, 1910, p. 1956.
- Heile (Wiesbaden). — *Zentralblatt Für chirur.*, 1921, n° 25 ; *Journal de chirurgie*, 1921.
- Hofmeister. — Cæcum mobile. *Beitr. Z. Klin. chir.*, 1911, LXXI, 3.
- Jackson. — Membraneous pericolicitis. *Surgery and Obst.*, septembre 1906 ; *Semaine médicale*, 1910, p. 54.
- Klenun (Riga). — *Arch. F. Klin. chir.*, t. XCV, fasc. 3, 1911.
- Klose. — Cæcum mobile. *Beit. Z. Klin. chir.*, 1909, LXIII, p. 3.
- Die habituelle torsion des Mobilencæcums. *Munch. Med. Woch.*, n° 7, 1910 ; *Beit. Z. Klin. chirurgie*, juillet 1911, p. 593-714 ; *XL^e Congrès allemand de chirurgie*.
- Korte. — *XL^e Congrès allemand de chirurgie*.
- Kuttner. — Ueber pseudo-appendicitis. *Beit. Klini. Chir.*, Bd. 37.
- Lane (Arbuthnot). — The kink of the ileum in chronic intestinal stasis. J. Nisbet and Cie 1910, in-8° ; The first and last kink in chronic intestinal stasis. *Lancet*, 2 décembre 1911 ; The opérative traitement of constipation. *Practitioner*, London, 1910, t. XXXIV, 684-699. *Presse médicale*, 1921.

- Lardennois.** — Ptose du cæcum. *Presse méd.*, 4 juin 1910; Typhlectasie symptomatique. *Presse méd.*, 7 juin 1913; Typhlite et pérityphlite. *Semaine méd.*, 1906, p. 217.
- Lejars.** — La stase intestinale chronique. *Sem. méd.*, 24 mai 1911. La coudure iléale de Lane et la péricôlite membraneuse de Jackson. *Sem. méd.*, 6 décembre 1911.
- Lenormant.** — La péricôlite membraneuse, *Pres. méd.*, n° 20, 1913.
- Leveuf.** — La péricôlite membraneuse. *Th. de Paris*, 1915.
- Lieben.** — Appendicite chronique et cæcum mobile. *Wiener Med. Woch.*, n° 50, 1912.
- Mauclair.** — Cæcoplicatures et cæcopexies complémentaires de l'appendicectomie. *Arch. gén. chir.*, juin 1910; *Société de chirurgie*, 18 mars 1914. Mésentérites retractiles. *Gazette des Hôp.*
- Mosty.** — Sur trois cas de pseudo-appendicite en rapport avec la coloptose. *Gazetta De Osp. E. Clinich.*, sep. 1910, n° 117.
- Pauchet.** — Stase intestinale chronique (Revue générale). *Gazette des Hôpitaux*, 15 mars 1919.
- Potherat.** — Péricôlite sténosante adhésive. *Société de chir.*, 20 juin 1906.
- Pletnev.** — Pseudo-appendicite consécutive à l'appendicectomie. *Presse méd.*, 1906.
- Quénu.** — 20 observations de cæcum mobile. *Société de chirurgie*, 27 juin 1906.
- Quénu et Cavasse.** — Des para-appendicites. *Société de chirurgie*, 1900, p. 82-88.
- Roux (Lausanne).** — Après l'appendicite opérée à froid. *Soc. vaudoise de médecine*, 1905.
- Rozanoff, Grekoff, Polanestof.** — Cæcum mobile. *II^e Congrès de chir. russe*, Moscou, décembre 1911.
- Russ (San-Francisco).** — The cæcum from. a Surg. standpoint. *Surg. Gyn. and Obstr.*, octobre 1912, p. 487-495.
- Scudder et Goodall.** — L'appendicectomie guérit-elle tous les symptômes de l'appendicite? *Bost. Med. and Surg. Jour.*, 6 juillet 1911.
- Stierlin.** — Über die obstipation von ascendentipus. *Münch med. Woch.*, 5 septembre 1911, n° 36, p. 1006.
- Le cæcum mobile comme cause de soi-disant appendicite chronique et les résultats de la cæcopexie. *Deuts. Zeitsch. f. Chirurg.*, 1910, C. VI, 4-6, p. 407.
- La radiographie dans les affections de l'iléon et du duodénum. *Munch. med. Woch.*, 6 juin 1911, p. 1231.
- Beitr. z. Röntgen-Untersuchung der Colonpéristaltik. *Zeitsch. f. Klin. med.*, 1910, Bd. 70, 5 et 6.

- Tavel. — Péricôlite cicatricielle post-opératoire. *Congrès français de Chirurgie*, 1903.
- Trèves. — The and vissicitudes of appendicitis après opération *Brit. med. Jour.*, 1905.
- Walther. — XII^e Congrès de Chirurgie ; Société de Chirurgie, 1910, p. 254, p. 180, p. 824 ; 1902, p. 739 ; 1905, p. 274, 354, 395, 510 ; 1906, p. 58 ; 1910, 28 décembre ; XIX^e Congrès de Chirurgie, 1906 ; XXIV^e Congrès de Chirurgie, octobre 1911 ; Congrès de Budapest, 1909.
- Wiemann. — Cæcum mobile et appendicite chronique. *Deuts. Med. Woch.*, 1909, p. 147.
- Wilms. — Le cæcum mobile comme cause de beaucoup de soi disant appendicites chroniques. *Deuts. Med. Woch.*, 8 octobre 1908, p. 1756.
- Fixation du cæcum mobile. *Zentralblatt F. Chirur.*, 1908, p. 37.
- Appendicite chronique et cæcum mobile. *Arch. f. Klin. Chirur.*, t. XCV, 3 juillet 1911.

C. — DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

- Enriquez. — *Loc. cit.*
- Fleig. — *Vie médicale*, 1921, p. 1664.
- Gutmann. — Formes à surprise de l'appendicite chronique. *Médecine pratique*, n° 10, 1920.
- De l'examen d'une appendicite chronique. *L'Hôpital*, n° 71, 1922.
- Laroche (Guy), Brodin et Bonneaux. — *Presse médicale*, 8 août 1921.
- Pfahler (G. E.). — Les rayons X dans le diagnostic de l'appendicite chronique. *American Jour. of Radiology*, vol. 6, n° 2, 1919.
- Spriggs. — Examen radiologique de l'appendice. *Arch. of Radiol. and. electr.* n° 224, mars 1919. Analyse : *Journal de Radiologie*, t. III, n° 6.

